

**Recomendaciones
de la **OMS** sobre
intervenciones de
promoción de salud para la
salud materna y neonatal
2015**



**Organización
Mundial de la Salud**

OMS Library Cataloguing-in-Publication Data

Recomendaciones de la OMS sobre intervenciones de promoción de salud para la salud materna y neonatal 2015.

Contenido: informe principal - apéndices - material suplementario

1. Servicios de salud materna. 2. Servicios de salud reproductiva. 3. Atención perinatal.

4. Lactante, Recién nacido. 5. Asesoramiento. 6. Promoción de la salud. 7. Guía. I. Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978 92 4 150874 2

(NLM clasificación: WA 310)

© Organización Mundial de la Salud 2015

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud se encuentran disponibles en la página web de la OMS (www.who.int) o pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int).

Las solicitudes de autorización de reproducción o traducción de las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS, a través de la página web de la OMS (www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la presentación del material que contiene no implican juicio alguno de la Organización Mundial de la Salud sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni sobre el trazado de sus fronteras o límites. Las líneas punteadas en los mapas representan de manera aproximada las fronteras sobre las cuales pueda no haber pleno acuerdo.

La mención de determinadas empresas o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende ante otros de similar naturaleza que no se mencionan. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados se distinguen por presentar su letra inicial con mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha tomado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, 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 este material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Impreso en Uruguay

⋮

Contenido

Reconocimientos	v
Siglas	vi
Resumen ejecutivo	1
1. Antecedentes	7
2. Métodos	8
3. Resultados	13
Recomendación 1. Preparación para el parto y sus complicaciones	14
Recomendación 2. Intervenciones de involucramiento de los hombres (IH) para mejorar la SMN	17
Recomendación 3. Intervenciones destinadas a sensibilizar sobre los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos, y el derecho a acceder a atención calificada	21
Recomendación 4. Hogares de espera materna (HEM)	24
Recomendación 5. Esquemas de transporte organizados por la comunidad	27
Recomendación 6. Alianza con los Asistentes de Parto Tradicionales (APT)	30
Recomendación 7. Atención calificada de maternidad culturalmente apropiada	33
Recomendación 8. Acompañante elegido para el parto	36
Recomendación 9. La movilización de la comunidad a través de aprendizaje participativo facilitado y ciclos de acción con grupos de mujeres	38
Recomendación 10. Participación de la comunidad en la Vigilancia y Respuesta a la Mortalidad Materna (VRMM)	40
Recomendación 11. Participación de la comunidad en procesos de mejora de la calidad	43
Recomendación 12. Participación de la comunidad en la planificación de programas y su implementación	46
4. Implicancias de la investigación	50
5. Plan para la difusión de las guías	52
6. Examen y actualización de las recomendaciones	53
Referencias	54
Apéndice 1. Expertos externos y personal de la OMS que participaron en la preparación de la Guía	61
Apéndice 2. Autores del informe final, revisiones sistemáticas y documentos de antecedentes de cada recomendación	65
Apéndice 3. Resumen de las consideraciones sobre la fortaleza de las recomendaciones	69
Apéndice 4. Tabla de características de los estudios incluidos	73

Material suplementario

Las tablas de las evidencias han sido publicadas en un documento aparte titulado Recomendaciones de la OMS sobre las intervenciones de promoción de la salud para la salud materna y neonatal: base de la evidencia. Disponible en línea en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/health-promotion-interventions/en/.

Reconocimientos

El Departamento de Salud de la Madre, Recién Nacido, Niño y Adolescente de la Organización Mundial de la Salud (OMS / MCA) agradece los aportes de tantas personas y organizaciones al proceso de desarrollo de la guía de intervenciones de promoción de la salud para la salud materna y neonatal. Queremos agradecer especialmente a los miembros del Grupo de Desarrollo de Guías y a los especialistas técnicos por su esfuerzo y dedicación, así como a Mike Mbizvo por presidir las consultas técnicas. Los nombres de los diferentes colaboradores que participan en esta guía se indican en los Anexos 1 y 2 del informe principal.

Un reconocimiento especial merecen los investigadores que realizaron los exámenes sistemáticos y los autores de los trabajos de base utilizados en esta guía, así como Anayda Portela de OMS/MCA, Helen Smith de la Universidad de Manchester y Cicely Marston de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres que redactaron este documento.

Queremos asimismo agradecer a la Agencia Noruega para la Cooperación para el Desarrollo, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y la subvención H4+ del Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio y Desarrollo de Canadá.

Siglas

ALC	América Latina y el Caribe	MM	Mortalidad maternal
AOE	Atención Obstétrica de Emergencia	MN	Mortalidad Neonatal
APC	Asistente de partería calificado	MP	Mortalidad Perinatal
APN	Atención prenatal	MSP	Ministerio de Salud Pública
AP	Atención postnatal	OF	Óbito fetal
APP	Atención del puerperio	OMS	Organización Mundial de la Salud
APT	Asistente de parto tradicional/ Partera comunitaria	OMS/MCA	Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente de la OMS
C/E	Consulta por complicaciones o enfermedades en mujeres y recién nacidos	MWH	
EAP	Enfermera auxiliar -partera	ONG	Organización no gubernamental
ECA	Ensayo Clínico Aleatorizado	ONU	Organización de las Naciones Unidas
FCI	Family Care International	OR	Odds ratio
GDG	Grupo de desarrollo de guías	PI	Parto institucional
GRADE	Clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones	PP	Preparación para el parto
HEM	Hogares de espera materna	PPPC	Preparación para el parto y sus complicaciones
IC	Intervalo de confianza	RR	Riesgo relativo
IFC	Marco de la OMS de trabajo con individuos, familias y comunidades	SIS	Sistema de información sanitaria
IH	Involucramiento de los hombres	SMI	Salud Materno Infantil
LM	Lactancia Materna	SMN	Salud Materna y Neonatal
MAPEDIR	Investigación de las muertes maternas y perinatales y proyecto de respuesta	SSR	Salud Sexual y Reproductiva
MASCOT/ MH-SAR	Asociación Multilateral para el Estudio de las Desigualdades en Salud y Mejora de la Cooperación Norte-Sur y Sur-Sur	STI	Serie de Tiempo Interrumpido
MGF	Mutilación genital femenina	U\$S	Dólar estadounidense
		UNFPA	Fondo de Naciones Unidas para la Familia
		UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
		VRMM	Vigilancia y Respuesta a la Mortalidad Materna

Resumen ejecutivo

Introducción

En 2003 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el marco IFC *Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y del recién nacido*¹ que promueve la integración del enfoque de promoción de la salud establecido en la Carta de Ottawa en las estrategias de salud materna y neonatal. Más de 10 años después de la publicación del marco original, es hora de actualizar la evidencia de las intervenciones clave y promover la participación de la comunidad, utilizando los métodos establecidos por el Comité de Examen de Directrices de la OMS. En junio de 2012 un grupo ejecutivo se reunió por primera vez para discutir el Marco IFC, plantear las prioridades de investigación, definir los resultados prioritarios, y discutir métodos para buscar, recuperar y sintetizar la evidencia disponible para las interrogantes que se investigan.

Esta guía se desarrolló siguiendo los procedimientos descritos en el Manual para la elaboración de directrices de la OMS² e incluyó la celebración de una Consulta Técnica con un Grupo de Desarrollo de Guías (GDG), integrado por un grupo internacional de expertos. La primera reunión del GDG tuvo lugar en julio de 2013 en la sede de la OMS en Ginebra, Suiza. En ese momento se revisaron los temas de investigación prioritarios, se presentaron y discutieron los métodos clave para las revisiones sistemáticas y se definieron los resultados clave. Después de una segunda reunión virtual en noviembre de 2013, se emitió una recomendación a favor de movilizar a la comunidad mediante un aprendizaje participativo y ciclos de acción facilitados con grupos de mujeres, para mejorar la salud materna y neonatal.³

En julio de 2014 se celebró una tercera reunión en la sede de la OMS en Ginebra. En esta Consulta Técnica se examinó la evidencia de las restantes preguntas de investigación prioritarias, y el GDG desarrolló y aprobó las recomendaciones. Estas recomendaciones se enumeran en el Cuadro A. Se calificó la calidad de

la evidencia que justifica cada recomendación como muy baja, baja, moderada o alta. Los participantes se pronunciaron sobre la fortaleza de estas recomendaciones, teniendo en cuenta la calidad de las pruebas, los valores y preferencias de los interesados, el equilibrio entre los beneficios y posibles daños, el uso de recursos y ciertas consideraciones sobre la ejecución. También se han detectado lagunas en la investigación. Se insta al lector a consultar la versión completa de esta guía para entender mejor las intervenciones revisadas y las importantes consideraciones que han sido identificadas para la implementación.

Si bien se hicieron recomendaciones para intervenciones individuales, el GDG reconoce que es mejor implementar estas intervenciones como parte de una estrategia más amplia que aborda diferentes niveles, incluyendo a los individuos, la familia, la comunidad, los servicios y las políticas, como se indica en el Marco IFC original. Las recomendaciones establecidas ayudarán a los países a establecer si una intervención aislada debe ser parte de un paquete más amplio para alcanzar los objetivos de aumentar la capacidad del individuo, la familia y la comunidad de contribuir con las mejoras a la salud materna y neonatal (SMN) y aumentar la utilización de la atención especializada durante el embarazo y el parto y después del nacimiento.

Preámbulo

Los derechos humanos y los principios de participación comunitaria son fundamentales para las estrategias de salud materna y neonatal, como se reconoce en una serie de instrumentos jurídicos y documentos clave de políticas de la OMS, y tal como se establece en el Marco IFC y otras estrategias de la OMS y de la ONU. Las intervenciones consideradas aquí pueden verse como formas de aplicar estos principios. Su objetivo es aumentar el acceso a una atención sanitaria oportuna y apropiada, para hacer frente a los factores determinantes básicos de la salud, abordar los temas de equidad y género, y lograr la participación comunitaria en la planificación de programas y la mejora de los servicios.

Esta guía reitera la importancia de los derechos humanos y del derecho a participar y, además, tiene como objetivo informar a los programas nacionales sobre el grado en que las intervenciones específicas pueden afectar a la salud materna y neonatal.

En la práctica, se espera que las intervenciones estén interrelacionadas; sin embargo, aquí se las separa a los efectos de examinar las pruebas. Como se detalla en el Marco IFC, las intervenciones específicas deben

¹ *Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 2010 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_fch_rhr_0311/es/). Último acceso 26 de noviembre de 2014).

² *Handbook for guide development*. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://www.who.int/kms/guidelines_review_committee/en/). Último acceso el 26 de noviembre de 2014).

³ WHO recommendation on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health. Geneva, World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community-mobilization-maternal-newborn/en/). Último acceso el 27 de noviembre de 2014).

implementarse como parte de un paquete de múltiples intervenciones que abordan los diferentes factores que afectan el aprovechamiento de la atención y la capacidad que tienen las mujeres y las familias de mejorar las prácticas de cuidado en el hogar. Estas recomendaciones indican las intervenciones específicas que los programas nacionales pueden considerar dentro de los paquetes de intervenciones.

Es importante tener en cuenta que toda intervención diseñada para incrementar el acceso a servicios de salud debe ser ejecutada en conjunto con estrategias destinadas a mejorar dichos servicios. Cuando la calidad de los servicios es deficiente, es comprensible que las mujeres opten por no usarlos a pesar de los esfuerzos de movilización que se puedan realizar.

Esta guía establece la importancia de las condiciones locales y los contextos para el éxito o el carácter apropiado de las intervenciones. Las partes interesadas locales deben considerar la forma en que el contexto puede afectar cualquier intervención propuesta. El GDG hizo notar que todas estas intervenciones requieren adaptación a los contextos nacionales y locales antes de la implementación. Se recomienda establecer un diálogo con las partes interesadas clave que incluya a las mujeres, familias y comunidades, considerando cuidadosamente los valores y preferencias locales, y los potenciales daños y obstáculos a la implementación. Este proceso participativo es particularmente importante para algunas

de las intervenciones abajo descritas, algo que se destaca en cada recomendación específica.

El seguimiento y la evaluación de los esfuerzos de implementación son cruciales y rara vez se realizan adecuadamente. Aun cuando se realicen, a menudo no se publican de forma tal de contribuir a los esfuerzos de recolección de evidencia internacional, como se presenta a continuación. La evidencia disponible, por ejemplo, fue insuficiente para informar recomendaciones sobre cómo realizar las intervenciones. Dado que la información sobre el modo de realización es de vital importancia para los países, es un tema a abordar en una investigación continua.

El Cuadro A enumera las recomendaciones para las intervenciones de promoción de salud ordenadas según la fortaleza de la recomendación. Para las que tienen una recomendación fuerte, el GDG confía que los efectos deseables excedan los efectos indeseables. Las recomendaciones condicionales solo son aplicables en ciertas condiciones; el GDG concluye que los efectos deseables de la adhesión probablemente excedan los efectos indeseables. Se hizo una recomendación de investigación cuando el GDG concluyó que la información disponible a la fecha es insuficiente, por lo que se debe realizar investigación adicional.

CUADRO A. Recomendaciones para intervenciones destinadas a promover la salud materna y neonatal

RECOMENDACIONES FUERTES
Preparación para el parto y sus complicaciones
Descripción de la intervención <p>La preparación para el parto y sus complicaciones (PPPC) constituye una intervención incluida por la OMS como un elemento esencial del paquete de atención prenatal (APN). A menudo la mujer recibe la intervención del prestador de salud como parte de la atención prenatal o la intervención se inicia o se continúa con una visita al domicilio de la mujer embarazada a cargo de un agente de la salud comunitario. Además de trabajar con una mujer embarazada individualmente, los programas a menudo encaran los esfuerzos dirigidos a la familia y la comunidad más ampliamente, destinados a sensibilizar sobre PPPC o mejorar las destrezas de los trabajadores de la salud para ofrecer PPPC como parte de APN. Los programas a menudo ofrecen material educativo u otras ayudas visuales con información sobre PPPC; también puede realizarse campañas de medios de comunicación masiva con mensajes de PPPC.</p> <p>Los planes de PPPC contienen los siguientes elementos: el lugar de parto deseado; el asistente de partos preferido; la ubicación de la dependencia sanitaria más cercana para el nacimiento y a donde concurrir en caso de complicaciones; fondos para cualquier gasto vinculado al parto, y en caso de complicaciones, insumos y materiales necesarios para concurrir al centro; identificación de acompañante durante el trabajo de parto y el parto; identificación de alguien que apoye cuidando el hogar y los otros hijos mientras la mujer está internada; transporte a un centro para el nacimiento, o en caso de complicación; e identificación de donantes de sangre compatibles en caso de complicaciones.</p>
Recomendación <p>Se recomienda hacer intervenciones de PPPC para aumentar el uso de atención calificada para el parto y aumentar el uso oportuno de la atención institucional por complicaciones obstétricas y neonatales.</p> <p>La calidad de la evidencia fue muy baja.</p>

CUADRO A (continuación)

Intervenciones para fomentar el involucramiento de los hombres en la SMN

Descripción de la intervención

Varios programas han dirigido sus esfuerzos a fomentar el apoyo y la participación activa de los hombres para mejorar los resultados de la SMN. Hay diferentes modelos y razones por las que interesa involucrar a los hombres, entre los que se incluye la visión de los hombres como los que toman las decisiones y los que habilitan que la mujer pueda tener un rápido acceso a los servicios de SMN tanto a nivel del hogar como en la comunidad; los hombres como parejas responsables de mujeres y como subpoblación importante en la comunidad; la necesidad de abordar las necesidades sanitarias sexuales y reproductivas propias del hombre; y la preferencia de los hombres a involucrarse como padres o parejas. Las intervenciones a menudo incluyen campañas con los medios de comunicación y de extensión en los lugares de trabajo y con la comunidad, y educación para hombres solos o para hombres y mujeres juntos, visitas domiciliarias y consejería en dependencias sanitarias.

Recomendación

Las intervenciones destinadas a promover el involucramiento de hombres durante embarazo, nacimiento y puerperio están recomendadas para facilitar y apoyar a la mujer a cuidarse mejor a sí misma, para mejorar las prácticas de atención domiciliaria tanto de mujeres como de recién nacidos, mejorar el uso de atención calificada de mujeres y recién nacidos durante embarazo, nacimiento y período posnatal, y a aumentar el uso oportuno de la atención en los centros de salud por complicaciones obstétricas y neonatales.

Estas intervenciones se recomiendan siempre y cuando se las ejecute de modo tal que se respete, promueva y facilite las elecciones de las mujeres y su autonomía en la toma de decisiones, y que se apoye a las mujeres para que se cuiden a sí mismas y a sus recién nacidos. Para poder garantizar esto, se recomienda ser rigurosos en el seguimiento y la evaluación de la ejecución de la intervención. La calidad de la evidencia fue muy baja.

Alianza con los Asistentes de Parto Tradicionales (APT)

Descripción de la intervención

Mientras que la OMS y sus socios avanzan en la promoción de los asistentes de partos calificados y la atención calificada en el parto, en aquellos países y áreas en las que actualmente hay prestadores de atención en el parto, se debe especificar cuál sería la responsabilidad de las APT en la SMN. Gracias a su aceptabilidad cultural y social, sus conocimientos y experiencia, se considera que las APT son importantes aliados para la educación en salud y apoyo social y pueden ofrecer un vínculo positivo entre mujeres, familias, comunidades y el sistema formal de salud.

Recomendación

En aquellos lugares donde las APT siguen siendo los principales agentes prestadores de atención del parto, se recomienda mantener un diálogo entre APT, mujeres, familias, comunidades y prestadores de salud para definir y acordar sobre otros roles alternativos para APT, reconociendo el importante papel que pueden jugar para apoyar la salud de las mujeres y recién nacidos. La calidad de la evidencia fue muy baja.

El GDG también avaló las recomendaciones de una guía ya existente de la OMS, *OMS Optimiza SMN: Optimizando las funciones de los trabajadores de la salud para la salud materna y neonatal*.^a

Se recomienda recurrir a trabajadores de la salud legos, incluyendo APT capacitadas para promover la captación de una serie de comportamientos y servicios de atención de la salud materna y neonatal, dando un apoyo social continuo durante el trabajo de parto en presencia de un asistente de partería calificado y administrando misoprostol para prevenir la hemorragia puerperal.

Se recomienda el uso de trabajadores de la salud legos, que incluya APT capacitados en la administración de las siguientes intervenciones, con seguimiento y evaluación dirigidos: la distribución de ciertas intervenciones como el suplemento oral a las mujeres embarazadas (suplemento de calcio para las mujeres que viven en áreas conocidas por los bajos niveles de ingesta de calcio; suplemento de hierro y folatos de rutina para mujeres embarazadas; terapia preventiva intermitente para malaria de la mujeres embarazadas que habitan áreas endémicas; suplementos de vitamina A para mujeres embarazadas que viven en áreas donde la deficiencia severa de la vitamina A es un problema grave de salud pública); y el inicio y mantenimiento de los anticonceptivos inyectables utilizando una jeringa estándar.

Atención de maternidad calificada y culturalmente apropiada

Descripción de la intervención

La necesidad de centros de salud culturalmente apropiados es un aspecto esencial del mandato de la OMS en "Salud para todos" y se lo considera pertinente para la atención durante el embarazo, nacimiento y en el período posnatal. Diferentes programas han adaptado modelos de prestación de servicios o prácticas de servicios para incorporar una atención aceptable y respetuosa, prestadores de salud capacitados, empleando mediadores e intérpretes, y utilizando enfoques participativos para entablar un diálogo con las comunidades con el fin de abordar los factores culturales que afectan el aprovechamiento de la atención.

^a WHO recommendations - OptimizeMNH: Optimizing health worker roles for maternal and newborn health. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/1/9789241504843_eng.pdf, Último acceso el 7 de enero 2015).

CUADRO A (continuación)

Recomendación

Se recomienda mantener un diálogo permanente con las comunidades como un componente esencial al definir las características de los servicios de maternidad de calidad y culturalmente apropiados que aborden las necesidades de las mujeres y sus recién nacidos, y que incorporen sus preferencias culturales. También se recomienda enfatizar la importancia de incluir mecanismos que garanticen la voz de las mujeres en estos diálogos.

La calidad de la evidencia fue muy baja.

Acompañante elegido para el parto

Descripción de la intervención

La persona elegida para acompañar a la mujer durante el trabajo de parto en el centro de atención se define en diferentes contextos y estudios con ligeras diferencias, pero fundamentalmente se refiere a la persona que acompaña a la mujer durante las etapas activas del trabajo de parto y/o en el parto. Los acompañantes pueden variar en los diferentes contextos; algunas veces pueden ser las acompañantes del trabajo de parto o doulas quienes estén presentes, o una mujer de la familia o el esposo. Los acompañantes pueden haber recibido cierto entrenamiento para apoyar a las mujeres, o tener capacitación escasa o nula.

Recomendación

Se recomienda que las mujeres estén continuamente acompañadas durante el trabajo de parto y el parto para mejorar su satisfacción con los servicios.

El GDG también respaldó las recomendaciones de una guía ya existente de la OMS, *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto*.^b

Se recomienda que las mujeres estén continuamente acompañadas durante el trabajo de parto y el parto para mejorar los resultados del trabajo de parto.

La calidad de la evidencia fue moderada.

Movilización de la comunidad a través de un aprendizaje participativo facilitado y ciclos de acción con grupos de mujeres

Descripción de la intervención

La movilización de la comunidad a través de aprendizaje participativo facilitado y ciclos de acción con grupos de mujeres involucra un proceso participativo de cuatro fases, llevado a cabo por un facilitador debidamente capacitado. Los grupos de mujeres colectivamente deciden acciones prioritarias y tratan de organizar actividades de conformidad con eso. El ciclo se estructura de la siguiente manera: Fase 1, identificar y priorizar los problemas durante el embarazo, nacimiento y después del parto; Fase 2, planificar las actividades; Fase 3, implementar actividades para encarar los problemas prioritarios; y Fase 4, valorar las actividades.

Recomendación

El GDG respaldó la recomendación de una guía existente, *Recomendación de la OMS referente a la movilización de la comunidad a través del aprendizaje participativo facilitado y ciclos de acción para la salud materna y neonatal con grupos de mujeres*.^c

Se recomienda implementar la movilización de la comunidad a través de aprendizaje participativo facilitado y ciclos de acción con grupos de mujeres para mejorar la salud materna y neonatal, particularmente en contextos rurales con bajo acceso a servicios de salud.

La implementación del aprendizaje participativo facilitado y los ciclos de acción con grupos de mujeres deberían concentrarse en crear un espacio para discusión en el que las mujeres puedan identificar los problemas prioritarios y abogar por soluciones locales para la salud materna y neonatal.

La calidad de la evidencia fue moderada.

Participación de la comunidad en procesos de mejora de la calidad

Descripción de la intervención

La mejora de la calidad de los servicios de atención sanitaria en centros y la integración de la calidad como un componente constitutivo de las intervenciones de aumento de escala para mejorar los resultados sanitarios de madres, recién nacidos y niños son elementos cruciales en el trabajo actual de la OMS. Las perspectivas de las mujeres, familias y comunidades sobre la calidad de servicios de maternidad influyen en las decisiones para hacer uso de esta atención. Casi todos los marcos de mejoramiento de la calidad incluyen la perspectiva de la comunidad o de los usuarios como un elemento clave. Los miembros de la comunidad pueden participar en los exámenes de calidad como informantes o en discusiones sobre la información acerca de la atención sanitaria para identificar maneras de mejorar servicios. Los niveles de participación pueden variar, por ejemplo, desde simplemente dar opiniones hasta la toma de todas las decisiones, y las intervenciones también pueden variar, como consultas con comunidades, representación de la comunidad en comités de gestión de los centros de salud, y reuniones entre representantes de la comunidad, y los administradores y prestadores de servicios.

^b Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. Ginebra: Organización mundial de la Salud, 2015 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/augmentation-labour/es/ Último acceso el 7 de enero 2015).

^c WHO recommendation on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health. Geneva, WHO; 2014 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community-mobilization-maternal-newborn/en/, Último acceso el 14 de enero 2015).

CUADRO A (continuación)

Recomendación

Se recomienda la participación de la comunidad en procesos de mejora de la calidad de los servicios de maternidad para mejorar la calidad de atención desde las perspectivas de las mujeres, comunidades y prestadores de salud.

Las comunidades deben involucrarse en definir y valorar la calidad conjuntamente. También se recomienda enfatizar la importancia de incluir mecanismos que garanticen la voz de las mujeres.

La calidad de la evidencia fue muy baja.

Participación de la comunidad en la planificación y ejecución de programas

Descripción de la intervención

La participación de la comunidad se define ampliamente como miembros de una comunidad que se involucran en la planificación, diseño, implementación y monitoreo de estrategias e intervenciones. Los niveles de participación pueden variar, por ejemplo, desde brindar las opiniones hasta la toma de todas las decisiones. Las intervenciones también pueden variar, como consultas con comunidades, representación de la comunidad en comités de gestión de los centros de salud y reuniones entre representantes de la comunidad, autoridades locales y administradores de servicios de salud.

Recomendación

Se recomienda la participación de la comunidad en la planificación, implementación y monitoreo de los programas para mejorar el aprovechamiento de la atención calificada durante embarazo, nacimiento y el período posnatal para mujeres y recién nacidos, aumento del aprovechamiento oportuno de la atención en instituciones por complicaciones obstétricas y neonatales y mejorar la salud materna y neonatal. También se recomienda enfatizar la importancia de incluir mecanismos que garanticen la voz de las mujeres.

La calidad de la evidencia fue muy baja.

RECOMENDACIONES CONDICIONALES

Hogares de espera materna (HEM)

Descripción de la intervención

Los HEM se organizan como alojamientos cercanos a los centros de salud. De ese modo las mujeres alojadas en un HEM pueden acceder fácilmente a los centros de salud para la atención esencial del parto o atención por complicaciones obstétricas. En general los HEM se establecen en áreas inaccesibles para facilitar el desplazamiento oportuno desde los hogares hasta los centros de salud disminuyendo las barreras que inhiben el acceso a la atención, como distancia, geografía, barreras por la estación del año o el horario del día, infraestructura, medios de transporte, costo del transporte o comunicación entre puntos de derivación. Los gobiernos y/o ONG establecen y mantienen los HEM, algunas veces con apoyo de grupos comunitarios.

Recomendación

Se recomienda establecer los HEM cerca de los centros de salud donde se ofrece atención esencial del parto y/o atención por complicaciones obstétricas y neonatales para aumentar la atención calificada para poblaciones que viven en áreas remotas o con acceso limitado a los servicios.

La calidad de la evidencia fue muy baja.

Esquemas de transporte organizados por la comunidad

Descripción de la intervención

A menudo se destaca la distancia a un centro como la razón por la cual las mujeres no acceden a atención calificada para el parto o llegan a un centro en caso de complicaciones. La disponibilidad de transporte para obtener atención está íntimamente relacionada y es un importante factor para el acceso. Los programas de salud materna a menudo han promovido la movilización de las comunidades para organizar soluciones ante la falta de transporte, particularmente en el caso de complicaciones obstétricas.

Recomendación

Se recomienda utilizar esquemas de transporte organizados por la comunidad en los casos en que otras fuentes de transporte sean menos sostenibles y poco confiables. Sin embargo, se deben adoptar medidas para garantizar la sostenibilidad, eficacia y confiabilidad de estos esquemas mientras que se buscan soluciones de transporte a largo plazo.

La calidad de la evidencia fue muy baja.

CUADRO A (continuación)

RECOMENDACIONES PARA INVESTIGACIÓN
Intervenciones para promover la sensibilización sobre los derechos humanos sexuales y reproductivos y el derecho a acceder a atención
Descripción de la intervención <p>Los programas de salud materna y neonatal se basan en el principio que las mujeres que son conscientes de sus derechos sexuales y reproductivos están en mejor posición de ejercer sus elecciones reproductivas, y determinar cómo negociar la dinámica familiar y comunitaria, cómo acceder a la atención de la salud y cómo las tratan los servicios de salud. Las familias, comunidades, prestadores de la salud y otras partes interesadas que conocen y respetan los derechos humanos, en particular los derechos sexuales y reproductivos, habrán de dar apoyo a las mujeres para que puedan cuidarse mejor a sí mismas y a sus hijos. Por lo tanto, además de trabajar con una mujer embarazada individual, los programas a menudo se enfocan en su familia, la comunidad en términos más amplios, los prestadores de salud, administradores y otras partes interesadas de los sistemas de salud para sensibilizar con respecto al derecho a la salud y al acceso a atención calificada. Entre los insumos programáticos se incluyen los materiales educativos u otras ayudas visuales, campañas con los medios de comunicación y trabajo con grupos o reuniones públicas, y a menudo se concentran en lo que se tendría que mejorar para garantizar servicios de calidad.</p>
Recomendación <p>Dada la poca evidencia disponible, se recomienda seguir investigando.</p> <p>Como principio el GDG respalda la importancia para mejorar la SMN programas para informar a las mujeres sobre sus derechos a la salud y para acceder a atención calificada y para continuar empoderándose para acceder a dicha atención.</p>
Participación de la comunidad en la Vigilancia y Respuesta a la Mortalidad Materna
Descripción de la intervención <p>La Vigilancia y Respuesta a la Mortalidad Materna (VRMM) incluye la identificación de rutina y la notificación oportuna de las defunciones maternas, examen de las defunciones maternas e implementación y monitoreo de los pasos para impedir muertes similares en el futuro. La participación de la comunidad en este proceso puede ayudar a dar información más exacta sobre la cantidad de defunciones, y dónde y por qué murieron las mujeres. La participación de la comunidad en el análisis de la información y en la identificación de posibles soluciones puede ayudar a encarar los determinantes sociales, satisfacer las necesidades de la comunidad e incorporar una serie de actores en la respuesta. Los miembros de la comunidad pueden participar como informantes de la familia para investigaciones de muerte materna (y perinatal) o en presentaciones de datos de resumen para identificar maneras de mejorar los resultados sanitarios. Los niveles de participación pueden variar, por ejemplo, desde brindar opiniones hasta tomar todas las decisiones. Los mecanismos del parto pueden incluir involucrar a representantes de la comunidad en el grupo de coordinación de VRMM u organizar reuniones de grupo con la comunidad para hablar sobre las defunciones maternas, sus causas, y posibles soluciones.</p>
Recomendación <p>Dada la poca evidencia disponible, se recomienda seguir investigando.</p> <p>El GDG afirma como principio la importancia de compartir información sobre las muertes vinculadas al embarazo con las comunidades, incluyendo el análisis de los diferentes factores que provocan estas defunciones y afectan el acceso a atención calificada.</p>

Investigación futura

Se identificaron lagunas en cada intervención. Entre ellas se incluyen las interrogantes sobre la base de evidencia que se necesita para demostrar la eficacia de la intervención, la necesidad de investigación sobre la implementación para comprender mejor los diferentes modos de parto y las adaptaciones de los sistemas necesarios para poder implementar las intervenciones en diferentes contextos. Para todas las intervenciones, la información sobre los posibles daños, beneficios, valores, preferencias y uso de recursos fue escasa, si no ausente.

Se identificaron lagunas en cada intervención. Entre ellas se incluyen las interrogantes sobre la base de evidencia que se necesita para demostrar la eficacia de la intervención, la necesidad de investigación sobre la implementación para comprender mejor los diferentes modos de parto y las adaptaciones de los sistemas necesarios para poder implementar las intervenciones en diferentes contextos. Para todas las intervenciones, la información sobre los posibles daños, beneficios, valores, preferencias y uso de recursos fue escasa, si no ausente.

En el informe se resumen los puntos clave.

1. Antecedentes

En 2003 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el Marco IFC *Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal*,⁴ que promueve integrar el enfoque de fomento de la salud establecido en la Carta de Ottawa⁵ en las estrategias nacionales de salud materna y neonatal (SMN).

El Marco IFC fue desarrollado en respuesta al análisis y las declaraciones mundiales que indicaban que, además de fortalecer los servicios, las estrategias de SMN tenían que mejorar la capacidad de los individuos, familias y comunidades de brindar atención apropiada a mujeres embarazadas, madres, y recién nacidos en el hogar. Asimismo, se refiere a las razones – más allá de lo que ocurre en los servicios clínicos – por las que las mujeres no llegan a recibir una buena atención esoespecializada de calidad durante el embarazo, el parto y puerperio. Los componentes de fomento de la salud de la Carta de Ottawa⁶ se tradujeron a un lenguaje programático de SMN y se categorizaron 12 intervenciones prometedoras – identificadas a través del examen de las experiencias de los países y la literatura – en cuatro áreas prioritarias.⁷ Se recomendó fomentar la participación comunitaria e intersectorial para guiar la implementación. Haciendo una evaluación local se debía identificar intervenciones adaptadas según los programas de los países; sin

embargo, el marco destaca la necesidad de aplicar intervenciones que hagan frente a las cuatro áreas prioritarias al mismo tiempo. Las seis regiones de la OMS integraron esta directriz en las estrategias regionales de reducción de la mortalidad materna.

Más de 10 años después de publicarse el marco original, es hora de actualizar la evidencia para las intervenciones clave y para la participación comunitaria⁸, utilizando los métodos fijados por el Comité de Examen de Guías de la OMS, como se detalla a continuación.

Además de las intervenciones clave identificadas en el marco original en 2003, la secretaría técnica consideró la evidencia emergente sobre otras intervenciones conexas. A las preguntas de investigación priorizadas se agregó una pregunta específica sobre la efectividad de la movilización de la comunidad a través de aprendizaje participativo y ciclos de acción con grupos de mujeres. Se la incluyó a causa del interés generado por la investigación sobre este tema, incluyendo una revisión sistemática publicada y un meta-análisis de ensayos clínicos aleatorizados.⁹

Este informe resume la recomendación final y el proceso para elaborar esta guía, *Recomendaciones de la OMS sobre las intervenciones de promoción de salud para mejorar la salud materna y neonatal*. El proceso incluyó las discusiones y las conclusiones del Grupo de Desarrollo de Guías que tuvo lugar en julio de 2013 en la oficina de la OMS en Ginebra, una reunión virtual realizada en noviembre de 2013, una segunda reunión en la oficina de la OMS en Ginebra en julio de 2014, y una discusión virtual final en setiembre de 2014.

Objetivo de la guía

Consolidar la evidencia y hacer las recomendaciones para intervenciones efectivas de promoción de salud para mejorar los resultados sanitarios de madres y recién nacidos, particularmente para aumentar la búsqueda de atención calificada durante el embarazo, parto y después del parto.

⁴ Working with individuals, families and communities to improve maternal and newborn health. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_fch_rhr_0311/en/index.html). Último acceso el 30 de marzo de 2014).

⁵ The Ottawa Charter for Health Promotion [website]. Geneva: World Health Organization; 1986 (<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>). Último acceso el 30 de marzo de 2014). La Carta fue desarrollada en la Primera Conferencia Internacional para el Fomento de la Salud, que tuvo lugar en Ottawa en noviembre de 1986, y presenta acciones para alcanzar la Salud para Todos para el año 2000 y después.

⁶ Por razones de brevedad para el concepto “fomentar la salud tal como establece la Carta de Ottawa” en el resto del documento se utilizará el término “promoción de la salud”. “La promoción de salud es el proceso de habilitar a las personas a aumentar el control sobre su salud y mejorarla. Para alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades, y cambiar su entorno o poderlo enfrentar. Por lo tanto, la salud es vista como un recurso para la vida cotidiana, no el objetivo de la vida. La salud es un concepto positivo que destaca los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas. Por lo tanto, la promoción de la salud no es simplemente responsabilidad del sector salud, sino que va más allá de estilos de vida saludables para el bienestar.” (Primera Conferencia Internacional).

⁷ Las cuatro áreas prioritarias están desarrollando capacidades para mantenerse saludables y tomar decisiones saludables; aumentando la sensibilización sobre los derechos, necesidades y posibles problemas conexos con la SMN; fortaleciendo los nexos con el apoyo social y con los servicios sanitarios; mejorando la calidad de la atención desde la perspectiva de las mujeres y la comunidad; y las interacciones de los servicios con mujeres, familias y comunidades

⁸ La participación intersectorial es abordada en base al trabajo que está siendo realizado por el Departamento de Enfermedades no Transmisibles.

⁹ Prost A, Colbourn T, Seward N, Azad K, Coomarasamy A, Copas A y col. Women’s groups practising participatory learning and action to improve maternal and newborn health in low-resource settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2013;381(9879):1736–46. doi:10.1016/S0140-6736(13)60685-6.

Público objetivo

Esta guía está fundamentalmente dirigida a los directores de los programas de salud en organismos gubernamentales y organizaciones no gubernamentales y a los responsables de diseñar las políticas y programas de salud materna y neonatal, fundamentalmente en contextos de bajos ingresos. La guía también está destinada a los prestadores de salud e instituciones docentes, para aumentar el conocimiento de intervenciones importantes destinadas a: (i) aumentar

conocimiento sobre intervenciones y participación orientadas a la comunidad el acceso y el uso de la atención calificada durante el embarazo y el parto y después del parto; (ii) mejorar las prácticas de atención brindadas en el hogar por las mujeres y las familias; (iii) aumentar el apoyo de la comunidad para la salud materna y neonatal; y (iv) aumentar la salud materna y neonatal. Los programas de desarrollo y las organizaciones que promueven el empoderamiento de las mujeres y sus derechos también encontrarán útil el uso de esta guía.

2. Métodos

Esta guía fue desarrollada utilizando procedimientos operativos normalizados de conformidad con el proceso descrito en el Manual de la OMS para la elaboración de directrices.¹⁰ El proceso incluye: (i) identificación de preguntas y resultados clave; (ii) obtención de la evidencia; (iii) valoración, síntesis y calificación de la evidencia; (iv) formulación de recomendaciones; y (v) planificación para la difusión, implementación, evaluación y actualización de la guía.

Se formaron dos grupos técnicos para respaldar el desarrollo de las guías para la promoción de la SMN. En primer lugar, se constituyó un Grupo de Dirección de Guías con personal de la OMS del Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente (OMS/MCA), el Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas (OMS/RHR), el Departamento de Prevención de Enfermedades no Transmisibles (OMS/PND) y el Departamento de Género, Equidad y Derechos Humanos (OMS/GER), así como un asesor técnico ante la OMS/ MCA para el desarrollo de estas guías, Cicely Marston, de la London School of Hygiene and Tropical Medicine. En junio de 2012 el grupo se reunió para analizar el proceso de la guía a la luz del Marco IFC de la OMS, propuso una lista inicial de preguntas clave de investigación, definió los resultados clave y analizó los métodos para buscar, recuperar y sintetizar la evidencia probablemente disponible. Se invitaron otros expertos externos a la discusión, incluyendo a Belinda Burford, consultora independiente y metodóloga de GRADE¹¹, y expertos con especial conocimiento sobre intervenciones orientadas a la comunidad y su participación, Lisa, Lisa

Howard-Grabman (Training Resources Group, Inc.) y Carlo Santarelli (Enfants du Monde).

El grupo estuvo de acuerdo con que los resultados clave para las intervenciones identificadas en el Marco IFC fueron la búsqueda de atención para los partos con un asistente de partería calificado¹² o parto institucional, así como búsqueda de atención durante el embarazo y después del parto para la mujer y el recién nacido. Los resultados importantes, cuando medidos, deben incluir la morbilidad y mortalidad materna, así como la morbilidad y mortalidad del recién nacido. La razón es que estas intervenciones están diseñadas para incidir sobre la búsqueda de atención o sobre las prácticas de atención en el hogar, por lo que la búsqueda de atención es una medida más directa de sus efectos. Por el contrario, los principales determinantes para la reducción de la mortalidad y morbilidad serían la calidad de la atención en el centro y la capacidad que tienen los servicios de responder a las necesidades que no están directamente atendidas por las intervenciones de interés.

El grupo también estuvo de acuerdo con que la principal fuente de evidencia no se podría limitar a los ensayos clínicos aleatorizados (ECA), pero que la OMS debería considerar diseños de estudios apropiados para estas intervenciones. Es así que se sugirió incluir todos los diseños de estudio, siempre y cuando informaran sobre una valoración del resultado de una intervención y cumplieran con estos criterios. En estudios cuantitativos se debe comparar el resultado del estudio con el resultado en cualquier grupo de control, con por lo menos una instancia de recolección de datos antes de la intervención y una durante o después de la intervención. En estudios cualitativos habría que incluir las actitudes o experiencias

¹⁰ Handbook for guideline development. . Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (http://www.who.int/kms/guidelines_review_committee/en/). Último acceso el 30 de setiembre de 2014.

¹¹ Clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones - un sistema para evaluar la calidad de la evidencia [sitio web]. Grupo de Trabajo de GRADE. (<http://www.gradeworkinggroup.org>). Último acceso el 7 de enero de 2015)

¹² La OMS define a un APC como alguien "entrenado hasta dominar las destrezas necesarias para manejar embarazos, partos y períodos puerperales inmediatos normales (sin complicaciones), y en la identificación, manejo, y derivación de las complicaciones en mujeres y recién nacidos". Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant: declaración conjunta de OMS, ICM y FIGO. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004.

de las mujeres, familias, comunidades o prestadores de salud vinculados a la intervención.

Finalmente, varios participantes mencionaron la importancia de considerar los nexos entre el contexto y los diferentes factores sociales y del sistema sanitario que afectan la implementación de este tipo de intervenciones. También se debe buscar investigación cualitativa referente a las intervenciones incluidas que brinde información sobre el contexto, las condiciones, valores y preferencias. Se sugirió que para cada pregunta clave, además de una revisión sistemática de la literatura, sería importante que, al ponderar la evidencia, el GDG considerara un resumen de los factores del entorno que inciden en la implementación. Con base en esta recomendación se decidió que, para cada pregunta clave de investigación, se encargara un documento adicional con los antecedentes, detallando el contexto y las condiciones de los estudios incluidos.

Se formó un Grupo de Desarrollo de Guías (GDG) para dar apoyo al proceso de elaboración. Este grupo más amplio estuvo integrado por expertos externos, incluyendo especialistas en programas de promoción de la salud, género y equidad, movilización de la comunidad, educación en salud y SMN. También participaron expertos de las oficinas regionales de la OMS y de las demás organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y otros organismos socios, como parte del GDG, a lo largo de todo el proceso. El GDG examinó y confirmó las sugerencias brindadas por el Grupo de Dirección de Guías antes resumidas en una reunión que tuvo lugar en julio de 2013, donde también siguieron refinando las preguntas clave de investigación y ampliaron los resultados clave.¹³ En esa instancia también se compartieron las estrategias iniciales de búsqueda. Además de asesorar sobre el proceso de desarrollo de las guías, sus tareas consistían en evaluar la evidencia utilizada para plasmarla en las

¹³ Además, se había identificado otras intervenciones a examinar, que no se analizan aquí: intervenciones sobre educación sanitaria y responsabilidad social.

- a. Intervenciones sobre educación sanitaria/intervenciones de comunicación de cambios sociales y del comportamiento incluidas en diversas recomendaciones de la OMS. Un ejercicio para determinar los alcances reveló la existencia de varios exámenes sistemáticos o mapeos amplios de la literatura. En julio de 2013 se reunió un grupo de expertos que analizó muchos aspectos de la educación para la salud, incluyendo el papel del contexto, el posible impacto y los desafíos que plantean los enfoques basados en derechos y diálogo en la educación, y si esos enfoques se podían comparar o no con los enfoques didácticos o en los que se brinda información, que según el grupo, algunas veces sirve, pero probablemente con impacto limitado. En particular, el grupo manifestó el potencial de los enfoques basados en el diálogo, y se interesó en la manera en que se podrían aplicar en la práctica. En el momento no se disponía de suficientes recursos como para poder emprender ese esfuerzo de forma apropiada. Esta área fue señalada como una prioridad para trabajo futuro.
- b. Intervenciones para incrementar o dar apoyo a los mecanismos de responsabilidad social y su efecto en los resultados de SMN - un examen rápido inicial de la literatura confirmó que se trata de un área de investigación pequeña pero de rápido crecimiento. El grupo determinó que sería útil posponer el análisis dos o tres años más a la espera de la publicación de más evaluaciones.

guías, asesorar sobre la interpretación de esta evidencia y formular las recomendaciones finales.

En la sección que sigue se presentan las preguntas clave de investigación así como los resultados clave para cada recomendación. En el alcance de este documento se incluyeron las preguntas clave para la búsqueda, obtención y calificación de la evidencia, y formulación de las recomendaciones. Nótese que los procedimientos de búsqueda y obtención para la pregunta clave de investigación relacionada con la recomendación de la OMS sobre la movilización de la comunidad a través de un aprendizaje participativo facilitado y ciclos de acción para la salud materna y neonatal con grupos de mujeres difirieron levemente de los métodos descritos a continuación. Invitamos al lector a consultar con la publicación disponible en el sitio de la OMS por más información.¹⁴

Para la obtención de la evidencia, OMS/MCA estableció una colaboración con un estudio dirigido por el Centro para Políticas Sanitarias de la Universidad de Witwatersrand, Sudáfrica bajo la Asociación Multilateral de la Unión Europea para el Estudio de las Inequidades Sanitarias y el proyecto para el Mejoramiento de la Cooperación Norte-Sur y Sur-Sur (MASCOT) y el proyecto MH-SAR (Salud Materna Sudáfrica-Ruanda, financiado por la Organización Holandesa para la Investigación Científica). El estudio, que incluyó un mapeo sistemático de la literatura sobre salud materna publicada entre 2000 y 2012, se centró en el sistema sanitario y las intervenciones basadas en la comunidad para mejorar la salud materna y para reducir las inequidades en salud materna en países de renta baja y media. OMS/MCA brindó su apoyo técnico y financiero durante el mapeo para que los examinadores pudieran identificar los artículos referentes a las preguntas clave de investigación pertinentes para estas guías.¹⁵

Para el mapeo de MASCOT/MH-SAR, se hizo una identificación sistemática de la principal evidencia publicada en la literatura arbitrada; se extrajeron los datos en formularios normalizados, y posteriormente se los analizó. Se incluyeron los estudios originales de intervenciones en salud materna, así como revisiones sistemáticas sobre salud materna. Se incluyeron todos los diseños de estudios que proporcionaron evidencia para responder a la pregunta examinada, siempre que informaran sobre un resultado de una intervención.

Se contrataron equipos externos para realizar las revisiones sistemáticas para responder a las preguntas de estudio

¹⁴ Recomendación de la OMS sobre movilización de la comunidad mediante el aprendizaje participativo facilitado y ciclos de acción con grupos de mujeres para la salud materna y del recién nacido. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 2014 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community-mobilization-maternal-newborn/en/). Último acceso el 14 de enero de 2015.

¹⁵ La base de datos final para el mapeo de MASCOT/MH/SAR que incluye el protocolo se encuentra disponible en <http://epi.ioe.ac.uk/webdatabases4/Intro.aspx?ID=11>.

prioritario. Se completaron los documentos guía (o protocolos) para las revisiones sistemáticas, incluyendo los criterios de inclusión y exclusión, y se los remitió a los diferentes integrantes del GDG y a dos expertos externos para su arbitraje. Cada documento tuvo por lo menos dos revisores. Muchas de las preguntas clave de investigación se pudieron abordar utilizando las revisiones sistemáticas existentes realizadas en los dos años anteriores a la revisión del GDG. Cuando fue pertinente, esas revisiones existentes se valoraron y suplementaron con literatura adicional identificada a través del mapeo de MASCOT/MH-SAR o con revisiones adicionales. Todas las revisiones incluyeron estudios en los que se usaban ECA así como cualquier otro diseño cuantitativo que incluyera (como mínimo) estudios con por lo menos una instancia de recolección de datos antes de la intervención y una durante o después de la intervención. También se incluyeron estudios que comunicaran datos cualitativos. Asimismo, se debía incluir todos los estudios que brindaran información acerca de los resultados de interés. A continuación, en la sección correspondiente a cada pregunta se analizan ajustes a las preguntas clave de investigación individuales.

Los datos fueron extraídos por los equipos de investigación respectivos, y para la mayoría de las revisiones, se hizo la extracción y la gestión de los datos en EPPI-Reviewer 4.¹³¹⁴¹⁵¹⁶ En tres estudios, en cambio, los datos se extrajeron en tablas de Microsoft Excel. Se evaluó la calidad de los estudios individuales, utilizando la herramienta de valoración de calidad para estudios cuantitativos de EPHPP (Proyecto de Prácticas Efectivas en Salud Pública)¹⁷ y una herramienta de valoración de calidad para estudios cualitativos, con base en los criterios desarrollados por Walsh y Downe (2006).¹⁸

Todas las revisiones sistemáticas podían incluir ensayos aleatorizados de grupos (clústers), así como diversos estudios no aleatorizados y de diseño observacional (excepto el acompañante elegido para el trabajo de parto y la movilización de la comunidad con grupos de mujeres, que eran meta-análisis de datos de ECA). La diversidad metodológica¹⁹ y la variación en el sesgo de riesgo de selección, la consideración de los factores de confusión en el análisis, mal diseño y conducción, así como la diversidad de intervenciones y comparaciones, la medición de los resultados, y los contextos y condiciones de implementación, hicieron que no fuera posible reunir todos los datos. Es por eso que se realizó una síntesis narrativa de cada revisión (sin incluir el

acompañante para el trabajo de parto y la movilización de la comunidad con grupos de mujeres).

Se utilizaron los criterios de GRADE para valorar la calidad general y la confianza en la evidencia para resultados de interés incluidos en las revisiones sistemáticas. La preparación de las tablas GRADE estuvo a cargo de Helen Smith, de la Universidad de Manchester, que también se desempeñó como asesora metodológica de GRADE durante todo el proceso de elaboración de estas guías.

Cada tabla GRADE se refiere a una pregunta clave en particular, y los resúmenes narrativos se utilizaron como fundamento de los juicios sobre la calidad de la evidencia.²⁰ En el enfoque de GRADE, el nivel general de confianza en la evidencia para los resultados de interés se clasifica como alto, moderado, bajo o muy bajo, reflejando hasta qué punto se puede confiar que la valoración del efecto sea adecuada para respaldar las recomendaciones.²¹ (Ver Tabla 1). En la valoración GRADE se utilizaron los siguientes criterios:

- **Diseño del estudio:** ¿Qué diseño se utilizó para el estudio? Por ejemplo, ensayos clínicos aleatorizados (ECA) individuales o en clúster, estudios observacionales.
- **Riesgo de sesgo:** ¿Cuál es el riesgo de sesgo general para el grupo de estudios considerado? Para valorarlo, se examinaron: métodos de recolección de datos (validez y confiabilidad); ocultación de la asignación en ECA; comparabilidad de grupos en estudios observacionales; riesgo de medición de sesgo (por ejemplo, el uso de ocultación y de resultados objetivos); grado de pérdida al seguimiento; y carácter apropiado o no del análisis (por ejemplo, intención de tratar, ajuste para la aleatorización de grupos (clústeres) en los ECA de grupos y ajustes para tener en cuenta los factores de confusión en estudios observacionales).
- **Carácter directo:** ¿Hay diferencias importantes entre la población, intervención y comparador con la intervención y los resultados en los estudios incluidos y la pregunta examinada?
- **Congruencia:** ¿Los estudios son congruentes? ¿Los resultados son similares en el rango de estudios disponibles? Por ejemplo: ¿la mayoría de los estudios muestran beneficios significativos o algunos se mostraron beneficiosos y otros perjudiciales? ¿Los beneficios de los diferentes estudios fueron de magnitud similar?

¹⁶ EPPI-Reviewer 4 es la herramienta informática integral de EPPI-Centre disponible en línea para sintetizar la investigación. Es un programa informático basado en la web para el manejo y el análisis de datos en las revisiones bibliográficas desarrollado para todo tipo de revisiones sistemáticas como meta análisis, síntesis de marcos y síntesis temáticas (<http://eppi.ioe.ac.uk/cms/Default.aspx?tabid=2914>)

¹⁷ Effective Public Health Practice Project (1998). Quality assessment tool for quantitative studies. Hamilton, ON: Effective Public Health Practice Project (<http://www.ehpp.ca/index.html>).

¹⁸ Walsh D and Downe S. Appraising the quality of qualitative research. *Midwifery*. 2006;22(2):108-119. DOI: 10.1016/j.idw.2005.05.004.

¹⁹ Para garantizar una taxonomía congruente de los diseños se utilizó la siguiente publicación: Deeks JJ, Dinnes J, D'Amico R, Sowden AJ, Sakarovich C, Song F, y col. Evaluating non-randomised intervention studies. *Health Technol Assess* 2003;7(27).

²⁰ Las tablas de evidencias completas están publicadas en un documento aparte llamado Recomendaciones de la OMS para intervenciones de promoción de la salud materna y del recién nacido: base de evidencia (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/health-promotion-interventions/en/)

²¹ Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schünemann HJ; GRADE Working Group. Rating quality of evidence and strength of recommendations: What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? *BMJ*. 2008;336(7651):995-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39490.551019.BE>

- **Precisión:** Para las revisiones sistemáticas sin datos agrupados, juzgamos la similitud de los resultados según los resúmenes narrativos y no logramos juzgar la magnitud o precisión de los efectos.

Al calificar la calidad, los ECA comienzan con una calificación de calidad 'alta' y los estudios observacionales con una calificación de calidad 'baja'. Las razones para bajar de categoría fueron explícitas y se relacionaron con el riesgo de sesgo, las comparaciones indirectas y la variación de los resultados en los diferentes estudios. No se elevó la calificación de ningún estudio observacional, ya que todos tenían debilidades metodológicas, limitaciones importantes de diseño y conducción, y eran susceptibles a sesgo de selección y carecían de control para los factores de confusión.

TABLA 1

Niveles de evidencia resumidos

NIVEL DE EVIDENCIA	RESUMEN
Alta	Es improbable que nuevos estudios vayan a cambiar el nivel de confianza en la estimación del efecto
Moderada	Es probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en el nivel de confianza en el efecto
Baja	Es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación
Muy baja	Cualquier estimación de los efectos es muy incierta

Los investigadores externos y los metodólogos de GRADE se reunieron con la OMS en junio de 2014 en la Universidad de Manchester para hacer una revisión arbitrada de los resultados preliminares de las revisiones sistemáticas, los trabajos de "contexto y condiciones" encargados para examinar los factores de contexto que pudieran resultar importantes para cada intervención y el GRADE. Trabajaron con OMS/MCA para elaborar proyectos de recomendaciones relacionados con cada pregunta clave de investigación.

Luego, los miembros del GDG y otros expertos de las Oficinas Regionales de la OMS y Organismos de la ONU asistieron a una consulta técnica de la OMS sobre intervenciones de promoción de salud para mejorar la SMN en Ginebra, Suiza, del 15 al 17 de julio de 2014. Los participantes recibieron los resúmenes narrativos de la evidencia, los documentos de los contextos y condiciones, y la calificación de la calidad de la evidencia para los resultados en cada revisión por adelantado. Durante la consulta técnica se presentaron borradores de tablas de recomendaciones para resumir el nivel de evidencia, los valores y preferencias, daños y beneficios y otras valoraciones realizadas para llegar a las recomendaciones (por un resumen, ver Apéndice 3).

El GDG solicitó información adicional y análisis relacionados con varias de las preguntas clave de investigación. Se prepararon las respuestas, y se convocó a una reunión virtual el 2 de setiembre de 2014 para examinar las respuestas y reconsiderar las recomendaciones. Se revisó la redacción de las recomendaciones. Se plantearon nuevas inquietudes sobre la pregunta clave de investigación sobre las intervenciones destinadas a fomentar el involucramiento de los hombres y sobre la redacción de la recomendación acerca de la promoción de la sensibilización sobre las intervenciones de derechos humanos, que se resolvieron por correo electrónico.

Declaración de intereses de los participantes en la consulta técnica de la OMS

Conforme los reglamentos de la OMS, todos los asesores externos deben declarar sus intereses pertinentes antes de participar en reuniones de la OMS. Todos los miembros del GDG tuvieron que llenar un formulario de declaración de interés antes de la reunión, que fue examinado por el personal de la OMS. Los miembros del GDG también declararon sus intereses verbalmente, incluyendo posibles conflictos de interés e intelectuales. Ningún participante tuvo intereses comerciales o financieros a declarar; sin embargo, la mayoría indicó que desempeñaba trabajo académico, programático o intelectual directamente relacionado con los temas de la reunión. En todos los casos se consideró que la participación en las discusiones en las reuniones del GDG era apropiada.

Toma de decisiones durante la consulta técnica

El programa para la consulta técnica fue diseñado para permitir que los participantes examinaran y discutieran los resultados de las revisiones sistemáticas, documentos de fondo sobre contextos y condiciones, tablas GRADE, los borradores de las tablas de recomendaciones y la redacción de las recomendaciones. Además, durante el curso de las conversaciones se identificaron consideraciones en torno a la implementación. Se utilizó el consenso de grupo para reformular los proyectos propuestos para las recomendaciones. La definición de consenso de grupo que se aplicó fue que la mayoría estuviera de acuerdo, y aquellos que no estuvieran de acuerdo no tenían objeciones graves. En los casos en los que los participantes no lograron el consenso, se sometió la decisión a votación, decidiéndose por mayoría simple. No obstante, en el caso de fuertes discrepancias, se las registró en la guía final. El personal de la OMS, los metodólogos externos y los observadores asistentes a la reunión no tenían derecho a voto. Cuando se sometía a votación algo vinculado a una revisión sistemática conducida por alguno de los participantes, al participante en cuestión se le permitía participar en la discusión pero no se le permitía votar sobre el tema en particular.

Los participantes de la consulta técnica determinaron el nivel de evidencia y la fortaleza de cada recomendación.

TABLA 2

Criterios de valoración para la fortaleza de la recomendación

FORTALEZA DE LA RECOMENDACIÓN	FUNDAMENTO
Fuerte	El GDG confía que los efectos deseables de adhesión a la recomendación superen los efectos indeseables. En la mayoría de las situaciones, la recomendación se puede adaptar como política.
Condicional	El GDG no confía tanto en que los efectos deseables de la adherencia a las recomendaciones compensen los efectos indeseables, o si una adaptación local tiene que tener en cuenta una mayor variedad de los valores y preferencias, o cuando el aprovechamiento de los recursos hace que la intervención sea idónea para algunos lugares, pero no para todos. La recomendación es aplicable solo para algunos grupos, poblaciones o contextos, y se necesita un amplio debate y el involucramiento de las partes interesadas antes de que esta recomendación pueda ser adoptada como política.
Débil	El GDG concluye que los efectos deseables de la adherencia a una recomendación probablemente superen los efectos indeseables. Sin embargo, nuevas evidencias pueden llevar a cambios en el equilibrio entre riesgos y beneficios o los beneficios pueden no justificar el costo o las exigencias de recursos en todos los contextos.
Recomendación de investigación	La evidencia disponible es insuficiente. Se necesita más investigación.

Al decidir si la recomendación sería a favor o en contra de la intervención, el grupo estudió la calidad de la evidencia en todos los resultados clave y el equilibrio entre riesgos daños y beneficios. Si bien todos los resultados clave presentan beneficios, y no es probable que impliquen riesgos, en la mayoría de los casos los estudios eran de muy baja calidad, por lo que el nivel de evidencia se mantiene muy bajo. Al decidir en cuanto a la fortaleza de las recomendaciones, el GDG consideró valores y preferencias, así como implicancias en cuanto a recursos. (Véase en el Apéndice 3 un resumen de las consideraciones relacionadas con la fortaleza de las recomendaciones.) El GDG utilizó los criterios de valoración descritos en la Tabla 2.

Preparación de los documentos y revisión por pares

Después de la reunión, el personal de la OMS trabajó con los asesores técnicos y los metodólogos para elaborar la guía de forma que reflejara las recomendaciones finales y las deliberaciones de la consulta técnica y las discusiones ulteriores. Se envió el borrador revisado al personal de la OMS, a los miembros del GDG y a cinco revisores externos para que dieran su opinión. A cada revisor externo se le solicitó que leyera el Resumen Ejecutivo y determinadas secciones específicas del documento, conforme su campo de especialidad. Se plantearon inquietudes en cuanto a la redacción de una de las recomendaciones, analizada y acordada con el GDG por correo electrónico. Una vez aprobadas, el Comité de Examen de Guías de la OMS revisó el borrador del documento guía y emitió su opinión. El Grupo de Dirección de Guías examinó los comentarios y le hizo las modificaciones correspondientes, respetando, donde fuera necesario, las decisiones del GDG. Los nombres de los miembros del GDG, del personal de la OMS y de los revisores externos figuran en los Apéndices 1 y 2.

3. Resultados

Las 12 recomendaciones planteadas por el GDG se informaron mediante nueve revisiones sistemáticas encargadas por OMS/MCA (no publicadas en el momento en que se hicieron las recomendaciones); una revisión sistemática conducida en colaboración con OMS/MCA (no publicada en el momento en que se hicieron las recomendaciones); una revisión sistemática ya publicada; una revisión sistemática Cochrane ya existente, y 10 documentos de antecedentes, encargados por OMS/MCA, que describían los factores que afectaban la implementación de las intervenciones examinadas. Sabiendo que los exámenes de las intervenciones de promoción de salud a menudo reciben críticas por no incluir una serie de diseños de estudio, tal como se mencionara previamente, todos los exámenes encargados por la OMS incluyeron no solo ECA para estudios que comunicaran datos cuantitativos, sino también diseños de estudios con un grupo comparativo. También se incluyeron estudios que notificaran datos cualitativos.

En el preámbulo de las secciones a continuación presentamos algunos puntos clave que el GDG consideró importante destacar respecto al cuerpo de evidencia identificado y la implementación de estas intervenciones. También se presenta la formulación de las recomendaciones, incluyendo las consideraciones de implementación clave por cada intervención y las lagunas de investigación por cada intervención. En el Apéndice 3 se presenta un resumen de las consideraciones en relación con la fortaleza de cada recomendación. Las tablas GRADE en las que se valora la calidad de la evidencia están publicadas en un documento aparte.²² A continuación de esta sección se presenta una reflexión exhaustiva sobre las lagunas en la investigación para las intervenciones de promoción de salud.

Preámbulo

Los principios de participación de la comunidad y los derechos humanos son fundamentales para las estrategias de salud materna y neonatal, tal como se reconoce en una serie de instrumentos jurídicos y documentos clave de políticas de la OMS, y según lo establecido en el Marco IFC y las estrategias de la OMS. Las intervenciones aquí consideradas pueden verse como maneras de aplicar estos principios. Apuntan a aumentar el acceso a atención sanitaria oportuna y apropiada, a encarar los determinantes básicos de salud, considerar género y equidad, y lograr la participación de la comunidad en la planificación de programas y en la mejora de los servicios.

²² WHO recommendations for health promotion interventions for maternal and newborn health: evidence base (Recomendaciones de la OMS para intervenciones de promoción de la salud materna y del recién nacido: base de evidencia - http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/health-promotion-interventions/en/)

Esta guía reitera la importancia de los principios de participación y los derechos humanos y además busca informar a los programas nacionales en qué medida determinadas intervenciones pueden afectar la salud materna y neonatal.

En la práctica, se espera que las intervenciones estén interrelacionadas; sin embargo, aquí están separadas a los efectos de examinar la evidencia. Tal como se detalla en el Marco IFC, las intervenciones específicas deben implementarse como parte de un paquete de intervenciones múltiples que abordan los diferentes factores que afectan el aprovechamiento de la atención y la capacidad de las mujeres y las familias de mejorar las prácticas de atención en el hogar. Estas recomendaciones indican las intervenciones específicas que los programas nacionales pueden considerar entre los paquetes de intervenciones.

Es importante destacar que cualquier intervención diseñada con el fin de aumentar el acceso a los servicios de salud debería implementarse junto con las intervenciones destinadas a mejorar los servicios de salud. En aquellos casos en los que la calidad de los servicios sea mala, es comprensible que las mujeres opten por no usarlos a pesar de los esfuerzos de movilización.

En esta guía se establece la importancia del contexto y de las condiciones locales para el éxito o la conveniencia de las intervenciones. Las partes interesadas locales deben considerar la forma en que el contexto pueda afectar cualquier intervención propuesta. El GDG hace notar que todas estas intervenciones tienen que adaptarse al contexto nacional y local antes de su implementación. Se recomienda entablar un diálogo con las partes interesadas clave, incluyendo mujeres, familias y comunidades, prestando especial atención a las preferencias locales, los posibles daños y los potenciales obstáculos a la implementación. Para algunas de las intervenciones que se presentan a continuación, este proceso participativo es particularmente importante, y eso se destaca en la recomendación específica.

El seguimiento y la evaluación de los esfuerzos de implementación son cruciales, y pocas veces se realizan de manera adecuada. Incluso cuando se hace, a menudo no se publican de modo que puedan aportar a los esfuerzos internacionales de recolección de evidencias, como los que se presentan aquí. La evidencia disponible, por ejemplo, fue inadecuada para informar recomendaciones sobre cómo ejecutar las intervenciones. Como la información sobre los mecanismos de prestación es de vital importancia para los países, este es un tema que hay que abordar en los estudios en curso.

Evidencia y recomendaciones

Las consultas técnicas de la OMS aprobaron 12 recomendaciones sobre las preguntas clave relativas a las intervenciones de promoción de salud para mejorar la SMN, consideradas dentro del Marco IFC de la OMS. Para cada recomendación, indicamos la calidad general de la evidencia (alta, moderada, baja o muy baja) e indicamos la fortaleza de la recomendación (recomendación fuerte, condicional o en investigación). Presentamos una descripción de la intervención y la pregunta clave de investigación, así como una síntesis narrativa de la calidad de la evidencia de respaldo para los resultados clave. Se incluyen consideraciones a tener en cuenta para la implementación identificadas por el GDG según surge del documento de antecedentes adicional que detalla el contexto y las condiciones de los estudios incluidos, al igual que las lagunas en la investigación, identificadas por recomendación. Sírvase leer el Apéndice 3 de este informe, que resume las diferentes consideraciones que condujeron a determinar la fortaleza de la recomendación. El Apéndice 4 presenta una tabla con las características de los estudios incluidos en las Revisiones Sistemáticas para responder las preguntas clave de investigación. Asimismo, recomendamos al lector que revise el material suplementario, que incluye las tablas GRADE por resultado para cada recomendación.²³

RECOMENDACIÓN 1

Preparación para el parto y sus complicaciones

Introducción

La preparación para el parto y sus complicaciones (PPPC) es una intervención que la OMS incluye como un elemento esencial del paquete de atención prenatal.²⁴ A menudo la mujer embarazada lo recibe de un prestador de salud como parte de la atención prenatal, o se inicia o se hace su seguimiento mediante una visita de un agente de salud comunitario al hogar de la mujer embarazada. Además de trabajar con la mujer en forma individual, los programas a menudo se enfocan también en su familia y la comunidad más amplia de modo de sensibilizar más sobre PPPC o mejorar la capacidad de los trabajadores de la salud para brindar PPPC como parte de la APN. A menudo, los programas brindan materiales educativos u otras ayudas visuales con información sobre PPPC, o pueden implementar campañas en los medios de comunicación con mensajes referentes a PPPC.

²³ Las tablas con la evidencia completa están publicadas en un documento aparte denominado WHO recommendations for health promotion interventions for maternal and newborn health: evidence base (Recomendaciones de la OMS para intervenciones de promoción de la salud materna y del recién nacido: base de evidencia). http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/health-promotion-interventions/en/

²⁴ Carroli G, Piaggio G, and Khan-Neelofur D. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *Lancet*. 2001; 357(9268):1565-70. doi:10.1016/S0140-6736(00)04723-1.

Un plan de preparación para el parto y sus complicaciones incluye los siguientes elementos: el lugar deseado del parto; el asistente de parto preferido; la ubicación de la dependencia sanitaria más cercana para el parto y para atención en caso de complicaciones; fondos para gastos relacionados con el parto y sus complicaciones; insumos y materiales necesarios para llegar hasta las instalaciones; identificación de un acompañante para el trabajo de parto y el parto; identificación de alguien de apoyo que se ocupe del hogar y de otros niños mientras la mujer está ausente; transporte al centro para el parto o en caso de complicaciones; y la identificación de donantes de sangre compatibles en caso de emergencia.²⁵

Para poder estar preparados para el parto y sus posibles complicaciones, las mujeres, familias y comunidades tienen que conocer los signos del inicio del trabajo de parto, así como los signos de peligro durante el embarazo y después del parto en la mujer y en el recién nacido. Las intervenciones de PPPC han ido evolucionando, y si bien originalmente los programas se concentraban fundamentalmente en la búsqueda de asistencia para la mujer, en los últimos años, los programas han reconocido el valor de tratar el tema de la búsqueda de asistencia para atender complicaciones del recién nacido.

Planteamos la pregunta:

¿Qué intervenciones utilizadas para implementar PPPC son efectivas para aumentar el aprovechamiento de asistentes de partos calificados y para mejorar otros resultados de salud materna y neonatal?

RECOMENDACIÓN

Se recomiendan las intervenciones de preparación para el parto y sus complicaciones para aumentar el uso de atención calificada en el parto y para aumentar el uso oportuno de la atención en instituciones por complicaciones obstétricas y neonatales.

(Recomendación fuerte, muy baja calidad de la evidencia)

Se necesitan más estudios.

Resumen de las evidencias

La evidencia sobre la preparación para el parto y sus complicaciones fue extraída de una revisión sistemática conducida por Solnes Miltenburg y col. (a publicarse en breve)^{26,27} de 33 estudios que resumen los hallazgos de 21 programas diferentes. Los diseños de los estudios

²⁵ Counselling for maternal and newborn health care: A handbook for building skills. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44016/1/9789241547628_eng.pdf?ua=1). Último acceso el 8 de enero de 2015.

²⁶ Protocolo: Miltenburg AS, Roggeveen Y, van Elteren M, Shields L, Bunders J, van Roosmalen J, y col. A protocol for a systematic review of birth preparedness and complication readiness programs. *Systematic Reviews*. 2013; 2:1-8. doi:10.1186/2046-4053-2-11.

²⁷ Ver Apéndice 2.

comunicados en esos estudios incluyen un ECA, tres ECA de grupos, siete estudios comparativos pre y post con un grupo control, tres estudios pre y post, siete con evaluaciones de grupos antes y después, dos de los cuales tenían un componente cualitativo, y un estudio cualitativo. Los 21 programas fueron implementados en Bangladesh, Burkina Faso, Camboya, Eritrea, Guatemala, India, Indonesia, Kenia, Nepal, Pakistán y Tanzania.

Las intervenciones de PPPC fundamentalmente se concentraron en promover el parto con un asistente de partería calificado (APC), con la excepción de siete, que se dirigieron fundamentalmente a aumentar el uso de atención calificada por complicaciones obstétricas.²⁸

Los programas aplicaron diferentes estrategias, incluyendo visitas domiciliarias hechas por voluntarios que brindaban educación sobre PPPC, capacitación de los trabajadores de la salud en centros para brindar PPPC como parte de APN, entrega de material educativo u otras ayudas visuales con información sobre PPPC, actividades de movilización de la comunidad destinadas a sensibilizar acerca de PPPC y campañas con los medios de comunicación con mensajes referentes a PPPC. No hubo suficiente evidencia como para determinar cuáles de estas estrategias o cuáles combinaciones de estrategias eran más efectivas.

En el Apéndice 4 se presenta una descripción de las características clave pertinentes de los estudios examinados en esta recomendación.

Para el resultado de parto con un asistente de partería calificado o parto institucional, la calidad de la evidencia fue entre muy baja y baja.

- Un ECA (Mullany, Becker y Hindin, 2007) de una única intervención de PPPC, que utilizaba sesiones educativas en instituciones con mujeres pobres y sus esposos en un hospital de maternidad en zona urbana de Nepal comunicó un aumento no significativo del uso de un asistente de partería calificado en el momento del parto en ambos grupos de intervención (quienes recibían educación en salud eran el esposo y la esposa, o la esposa sola) comparado con control (la esposa no recibe educación). Calidad de la evidencia: baja.
- Hubo 13 estudios que informaron sobre este resultado, incluyendo cuatro estudios cuasi experimentales (FCI Kenia, 2007; FCI Tanzania, 2007; Hounton y col., 2008; Turan, Tesfagiorgis y Polan, 2011) y un estudio pre y post con un grupo de control (Sood y col., 2004 Indonesia); siete eran de evaluaciones de grupos antes y después (Fonseca-Becker y Schenck-Yglesias, 2004; Hodgins y col., 2010; McPherson y col., 2006; Moran y col., 2006; Mushi, Mpembeni y Jahn, 2010; Sinha, 2008; Sood y col., 2004 Nepal); y un estudio

²⁸ En estos siete estudios la intervención contribuyó para garantizar prácticas de parto seguras en el hogar, mientras que los mensajes de PCCC se concentraron en acudir a consulta por complicaciones. Los estudios son los de Ahluwalia y col. (2003); Ahluwalia y col. (2010); Baqui y col. (2008); Darmstadt y col. (2010); Hossain y Ross (2006); Kumar y col. (2012); y Midhet y Becker (2010).

cualitativo de factibilidad (Skinner y Rathavy, 2009). Tres estudios cuasi experimentales (FCI Tanzania, 2007; Hounton y col., 2008; Turan, Tesfagiorgis y Polan, 2011) y un estudio pre y post con un grupo de control (Sood y col., 2004 Indonesia) informan mejoras significativas en el resultado principal en el área de intervención (APC o partos institucionales); el otro estudio cuasi experimental informa un mayor aumento de APC en el área de control (FCI Kenia, 2007). Cuatro de los estudios de grupo antes y después informan mejoras significativas en APC o parto institucional (Fonseca-Becker y Schenck-Yglesias, 2004; Moran y col., 2006; Mushi, Mpembeni y Jahn, 2010; Sinha, 2008); los otros tres informan leves mejoras a partir del estudio inicial (Hodgins y col., 2010; McPherson y col., 2006) y mayores mejoras en APC en el grupo no expuesto al final del estudio (Sood y col., 2004 Nepal). El estudio cualitativo de factibilidad que incluye los datos de centro pre y post indica un aumento en la cantidad de mujeres que dan a luz con una partera, pero esto se basa en los datos de todos los pueblos vinculados con 10 centros de salud y no simplemente los pueblos donde se dio la intervención (Skinner y Rathavy, 2009). Calidad de la evidencia: muy baja.

- Para aquellos estudios que se concentran en aumentar el acceso a atención calificada por complicaciones:
 - Dos ECA de grupos (Darmstadt y col., 2010; Midhet y Becker, 2010) informa el porcentaje de las mujeres que dan a luz en un centro fue significativamente mayor en los brazos de la intervención comparados con el control. En otro ECA de grupos (Kumar y col., 2010), hubo más partos institucionales y hubo más mujeres que dieron a luz con un profesional calificado en el brazo de intervención, pero las diferencias no fueron significativas. Calidad de la evidencia: muy baja.
 - Un estudio cuasi experimental (Hossain y Ross, 2006) informa aumentos significativos de los partos institucionales en la intervención y las áreas de comparación desde el inicio al seguimiento, pero no en el área de control. Otro estudio cuasi experimental (Baqui y col., 2008) informa una mejora significativa en el uso de asistentes de partos calificados en centros de salud o en el hogar desde el inicio y al final en el distrito de la intervención. En el estudio pre y post (Ahluwalia y col., 2003) hubo una reducción de los partos asistidos por un prestador de salud. Calidad de la evidencia: muy baja.

Para el resultado de atención con un asistente de partería calificado o en un centro en caso de complicaciones/enfermedades en mujeres y recién nacidos, la calidad de la evidencia fue calificada como muy baja.

- Cuatro estudios informan sobre este resultado. Los estudios de antes y después informan que hay más mujeres que buscan atención calificada por complicaciones entre el nivel inicial y el seguimiento (Fonseca-Becker y Schenck-Yglesias, 2004;

McPherson y col., 2006) e incrementos entre el nivel inicial y el final en lo referente al porcentaje de personas que buscan atención luego de reconocer signos de peligro en recién nacidos, en el embarazo y en el parto (Hodgins y col., 2010). Un estudio cuasi experimental pre y post con un grupo control (FCI Tanzania, 2007) informa un aumento significativo de mujeres con complicaciones que acuden a un centro en el grupo de la intervención. Calidad de la evidencia: muy baja.

- Para aquellos estudios que se concentran en aumentar el acceso a la atención calificada por complicaciones:
 - Tres ECA de grupos informan sobre este resultado. Un ECA de grupos (Midhet y Becker, 2010) informa aumentos importantes de mujeres con complicaciones que acuden por atención de su embarazo y después del parto, pero no se observaron diferencias importantes entre los brazos del estudio para consultas por atención por complicaciones del parto. Otro ECA de grupos (Kumar y col., 2012) informa un número significativamente menor de mujeres con complicaciones que acudieron a profesionales no calificados; y el otro ECA (Darmstadt y col., 2010) comunica que las consultas a un profesional calificado para recién nacidos con complicaciones aumentó más, de manera significativa, en el brazo de intervención que en el de comparación. Calidad de la evidencia: muy baja.
 - Un estudio cuasi experimental (Hossain y Ross, 2006) informa un aumento significativo de las mujeres que consultan por complicaciones en los grupos de intervención y de comparación, pero no hubo control. Tanto el estudio de evaluación pre y post (Ahluwalia, 2003) como el de seguimiento (Ahluwalia, 2010) informan aumentos del número de mujeres con complicaciones que acuden al hospital por atención, pero solo el estudio de seguimiento (Ahluwalia, 2010) estima los porcentajes que representa (basado en datos antiguos de vigilancia). No hay datos comparables de un grupo control de mujeres que no recibió intervención. Calidad de la evidencia: muy baja.

Para el resultado de mortalidad materna, la calidad de la evidencia fue de muy baja a moderada.

- Un estudio cuasi experimental (Hounton y col., 2008) informa un menor riesgo de mortalidad en el grupo de intervención y una disminución con el tiempo, pero no difieren significativamente del área de no intervención o del área de control. Calidad de la evidencia: muy baja.
- Para aquellos estudios que se concentran en el aumento del acceso a atención calificada por complicaciones:
 - Un ECA (Kumar y col., 2012) informa una tendencia descendente no significativa de la razón de mortalidad materna (RMM) en el brazo de intervención comparado con el de control. Calidad de la evidencia: baja.

Para el resultado de mortalidad neonatal, la calidad de la evidencia fue calificada como de muy baja a baja.

- La evaluación antes y después (Hodgins y col., 2010) mostró una reducción de las defunciones neonatales con el tiempo, pero no hubo grupo de comparación aparte. Calidad de la evidencia: baja.
- Para aquellos estudios que se concentran en el aumento del acceso a atención calificada por complicaciones:
 - Un ECA de grupos (Kumar y col., 2012) informa una mortalidad neonatal significativamente menor en el grupo de intervención de PP. Los otros dos ECA de grupos (Darmstadt y col., 2010; Midhet y Becker, 2010) informan que no hay diferencia significativa de la mortalidad neonatal por brazo de estudio. Calidad de la evidencia: muy baja.
 - El estudio cuasi experimental (Baqui y col., 2008) no mostró diferencias en las razones de mortalidad neonatal entre los grupos de intervención y comparación o desde la línea basal y final. Calidad de la evidencia: baja.

Consideraciones a tener en cuenta para la implementación

Se informaron las consideraciones de implementación por medio de un documento de antecedentes sobre el contexto y las condiciones y los factores que afectan la implementación, preparado por Solnes Miltenburg y Roggeveen (2014).²⁹ Además de los estudios obtenidos en la revisión sistemática, para esta revisión se identificaron otros 20 trabajos. A continuación se presentan los puntos clave destacados por el GDG, a considerar cuando se implementan intervenciones de PPPC.

- La implementación de PPPC debe incluir preparación para el parto y sus complicaciones para la madre y el recién nacido, en vez de concentrarse únicamente en la planificación para el parto, o en la planificación por complicaciones o en la madre.
- El uso de un asistente de partería calificado durante el parto o del parto institucional aumentó fundamentalmente en las circunstancias en las que las intervenciones de PPPC fueron parte de múltiples paquetes de intervenciones. Las intervenciones conjuntas que aparentemente tuvieron un impacto positivo incluyen la participación de la comunidad, el involucramiento del hombre de la pareja y de otras personas que participan en las decisiones que se toman en el hogar (con el consentimiento de la mujer) y esfuerzos concomitantes para mejorar la calidad de los servicios prestados.
- Los factores que limitaron el impacto de las intervenciones incluyen las barreras que impiden acceso al sistema sanitario, como escasez de profesionales de la salud, falta de recursos y mala calidad de la atención; factores culturales que afectan el aprovechamiento de la atención, incluyendo las percepciones de lo que es la atención calificada; y los altos costos para acudir por atención, vinculados a los gastos directos de quien consulta.

²⁹ Ver Apéndice 2.

- En contextos donde el uso de APC para parto es extremadamente bajo y donde el parto institucional no es factible, la PPPC debe incluir las siguientes acciones: elección de un APC para asistir en el parto en el hogar; preparación del lugar del parto en domicilio; preparación para el parto limpio con materiales e insumos esenciales como un kit para partos; planificación para transporte de emergencia; preparación esencial para atención del recién nacido (demora del primer baño, secado del recién nacido antes del alumbramiento de la placenta, inicio del amamantamiento dentro de la primera hora siguiente al parto, atención segura del cordón); y una persona para acompañar a la mujer, que se quede por lo menos hasta las 24 horas después del parto.

Lagunas en la investigación

Sería útil contar con más estudios de diseño robusto que midieran la contribución de las intervenciones de PPPC para aumentar la atención calificada del parto y las consultas por complicaciones maternas y del recién nacido. Además, el GDG identificó algunas lagunas de investigación específicas para las intervenciones de PPPC.

- Acuerdo sobre las acciones prioritarias para PPPC y/o cuál combinación de acciones esenciales debería estudiarse más.
- Si las intervenciones de PPPC que incluyen consultas por complicaciones del recién nacido han incidido en este resultado.
- Estudios que midan mejor el efecto sobre los resultados de concurrir en busca de atención para mujeres embarazadas y recién nacidos cuando se incluyen a los hombres y otros tomadores de decisiones clave a nivel del hogar en las discusiones sobre las preparaciones y en las decisiones correspondientes.
- Se necesitan estudios tanto cuantitativos como cualitativos.

RECOMENDACIÓN 2

Intervenciones de involucramiento de los hombres (IH) para mejorar la SMN

Introducción

Desde mediados de los 60 ha habido un reconocimiento creciente de la necesidad de incluir a los hombres en los programas de SMI, dado el importante papel que desempeñan como parejas/esposos, padres y miembros de la comunidad y como una manera de promover decisiones igualitarias sobre la salud reproductiva y materna.³⁰ El Capítulo IV, Sección C del Programa de

³⁰ Davis J, Luchters S and Holmes W. Men and maternal and newborn health: benefits, harms, challenges and potential strategies for engaging men. Melbourne: Centre for International Health, Burnet Institute; 2012 (<http://www.men-care.org/data/Men%20and%20Maternal%20and%20Newborn%20Health%20-%20Australia.pdf> . Último acceso el 12 de enero de 2015).

Acción ICPD, apela a comprender las responsabilidades conjuntas de los hombres y mujeres, para que sean iguales en las vidas públicas y privadas y para alentar y permitir a los hombres a que asuman su responsabilidad por su comportamiento sexual y reproductivo.

Se han diseñado diferentes programas que han dirigido sus esfuerzos a emplear el apoyo y la participación activa de los hombres para mejorar los resultados de SMN. Hay diferentes modelos y razones para tratar de involucrar a los hombres, incluyendo la visión de los hombres como habilitadores de acciones (gatekeepers) y tomadores de decisiones para agilizar el acceso a los servicios de SMN tanto en el hogar como en la comunidad; los hombres como parejas responsables de las mujeres y como un subgrupo importante dentro de la comunidad; la necesidad de encarar las propias necesidades sanitarias del hombre; y la preferencia de los hombres de involucrarse como padres/parejas. Las estrategias a menudo incluyen campañas en los medios de comunicación, intervenciones de extensión y educación comunitarias y basadas en los lugares de trabajo solo para hombres o para hombres y mujeres juntos, visitas a hogares, consejería para parejas, grupos o solo hombres en centros de salud.

Planteamos la pregunta:

¿Qué intervenciones utilizadas para aumentar el involucramiento de los hombres han sido efectivas aumentando la búsqueda de asistencia durante el embarazo, para el parto y después del parto para mujeres y recién nacidos y aumentando los resultados clave de salud materna y neonatal?

RECOMENDACIÓN

Se recomienda aplicar intervenciones para promover el involucramiento de los hombres durante el embarazo y el parto y después del parto para facilitar y apoyar un mejor autocuidado de la mujer, mejores prácticas de atención domiciliaria para la mujer y el recién nacido, y mejor uso de atención calificada durante el embarazo, el parto y el período posnatal para mujeres y recién nacidos.

(Recomendación fuerte, calidad de la evidencia: muy baja)

Estas intervenciones se recomiendan siempre y cuando se implementen de una forma que respete, fomente y facilite las elecciones de las mujeres y su autonomía en la toma de decisiones y que apoye a las mujeres para que se cuiden a sí mismas y a sus recién nacidos. Para garantizar esto, se recomienda hacer un riguroso seguimiento y una evaluación de su implementación.

Se necesitan más estudios.

Nota: En sus discusiones sobre esta recomendación en la reunión de julio, los miembros de GDG reconocieron la importancia de los esfuerzos por involucrar a los hombres pero también reconocieron los potenciales daños, incluyendo aquellos que puedan socavar la autonomía de las mujeres, sus derechos y la toma de decisiones, si los esfuerzos no se diseñan correctamente para promover la igualdad de género y no se monitorean de cerca. En ese

momento, el panel indicó un equilibrio entre las ventajas y desventajas y que las desventajas podrían mitigarse mediante enfoques efectivos de implementación. Quedó claro que no era posible recomendar ninguna estrategia única para el involucramiento de los hombres, ya que no había suficiente evidencia. Se identificaron dos estudios más a incluir y, en una reunión virtual posterior del GDG que tuvo lugar en setiembre de 2014, se volvió a analizar la recomendación, agregando los cuatro estudios al GRADE. En ese momento se discutió la fortaleza de la recomendación (condicional o fuerte). Posteriormente, por vía electrónica, el grupo decidió que debería ser fuerte, pero mencionando la necesidad de hacer un riguroso seguimiento y una evaluación para garantizar que los enfoques que promovieran el involucramiento de los hombres no perjudicaran ni socavaran las elecciones de las mujeres, su autonomía y la toma de decisiones, y que no reforzaran la inequidad de género. El GDG fue de la opinión que cualquier estrategia destinada a involucrar a los hombres requeriría una adaptación local y discusión; sin embargo, en casi todos los contextos sería provechoso instrumentar alguna forma de estrategia, con un riguroso seguimiento y con evaluación de los resultados clave. Hubo un participante que disintió, y se acordó que se dejaría constancia de ello.

Resumen de las evidencias

La evidencia sobre las intervenciones para involucramiento de los hombres en el embarazo, parto y el período posnatal fue extraída de una revisión sistemática conducida por Tokhi y col. (a publicarse en breve)³¹ de 13 estudios, incluyendo un ECA, tres ECA de grupo, un estudio analítico de cohorte, cuatro diseños antes y después, tres transversales de repetición, y una evaluación de programas utilizando datos del sistema de información de salud. Tres de estos estudios informan hallazgos cualitativos. Los 13 estudios fueron realizados en Bangladesh, Eritrea, India, Indonesia, Nepal, Pakistán, Sudáfrica, Tanzania y Turquía.

Las estrategias de involucramiento de los hombres se emplean como una manera de apoyar a las mujeres a tener acceso a atención, a encarar la influencia de la inequidad de género sobre la SMN y promover el involucramiento positivo de los hombres como parejas y padres.

Cuatro estudios no midieron el resultado clave del parto con un asistente de partería calificado o parto institucional; tres estudios estuvieron principalmente destinados a aumentar el uso de atención calificada ante complicaciones obstétricas.³²

Los modos de intervenciones en los 13 estudios incluyeron campañas con los medios de comunicación, actividades de extensión y educación a nivel de la comunidad solo para hombres o para hombres y mujeres juntos, visitas domiciliarias, consejería en los centros de salud para

³¹ Ver Apéndice 2.

³² En esos tres estudios, la intervención ayudó a asegurar prácticas de parto seguras en el hogar, al tiempo que los mensajes estaban centrados en la búsqueda de asistencia en el caso de complicaciones. Los estudios son: Fullerton J, Killian R, y Gass (2005), Hossain y Ross (2006), y Midhet y Becker (2010).

parejas o para grupos o solo para hombres y educación para hombres en los lugares de trabajo. No hubo suficiente evidencia como para determinar cuáles de estas estrategias o qué combinación de estrategias eran más efectivas.

En el Apéndice 4 se presenta una descripción de las características pertinentes clave de los estudios examinados en esta recomendación.

Para el resultado de parto con un asistente de partería calificado o parto institucional, la calidad de la evidencia fue catalogada como de muy baja a baja.

- En un ECA (Mullany, Becker y Hindin, 2007) no queda claro cuál es el impacto de la intervención sobre la APC y el parto institucional. Calidad de la evidencia: baja.
- Seis estudios observacionales (Mushi, Mpembeni y Jahn, 2010; Purdin, Khan y Saucier, 2009; Sinha, 2008; Sood y col., 2004 Indonesia; Sood y col., 2004 Nepal; Turan, Tesfagiorghis y Polan, 2011) informaron algunas ventajas como consecuencia del involucramiento de los hombres, ya sea debido a la presencia de un APC/parto institucional, o ambos. En un estudio del antes y después (Mushi, Mpembeni y Jahn, 2010) hubo un aumento estadísticamente significativo de la presencia de un APC para el grupo que recibió la intervención, y la mayoría de estos partos fueron institucionales. Dos estudios que utilizaron un diseño de antes y después de la intervención informaron un aumento estadísticamente significativo del parto institucional para el grupo de la intervención (Sinha 2008, Turan Tesfagiorghis y Polan, 2011); no se proporcionan datos sobre APC. El estudio de evaluación de un programa mediante el uso de un sistema de información de salud (Purdin, Khan y Saucier, 2009) observó un aumento de los partos en un centro de AOE en mujeres refugiadas. En un estudio transversal de repetición (Sood y col., 2004 Indonesia) las mujeres (y sus esposos) declararon un aumento estadísticamente significativo del uso de APC y del parto institucional para el grupo expuesto. En el estudio final (Sood y col., 2004 Nepal), las mujeres no expuestas a la intervención tuvieron mayores probabilidades que el grupo expuesto a declarar que habían dado a luz en un hospital y a comunicar que habían sido atendidas por un médico. Esto contrasta con datos proporcionados por los esposos; comparado con los no expuestos fue mayor el porcentaje de los expuestos a la intervención que relataron que sus esposas habían dado a luz en un hospital y que el parto había sido atendido por un médico. Calidad de la evidencia: muy baja.
- Para aquellos estudios que se concentran en aumentar el acceso a atención calificada por complicaciones:
 - El ECA de grupos (Midhet y Becker, 2010) mostró un aumento estadísticamente significativo de los partos institucionales en el hospital local y un aumento no significativo de los partos con un APC o un APT capacitado en los grupos expuestos a la intervención. Calidad de la evidencia: moderada.
 - En un estudio cuasi experimental (Hossain y Ross, 2006) se vio un aumento estadístico del parto institucional en el grupo expuesto a la intervención. Calidad de la evidencia: baja.

Para el resultado de atención con un asistente de partería calificado o en un centro en caso de complicaciones o enfermedad en mujeres y recién nacidos, la calidad de la evidencia se calificó entre baja y moderada.

- Un estudio de grupo control no equivalente (Varkey y col., 2004) informa un aumento de las visitas al dispensario en el grupo expuesto a la intervención, pero no para concurrir al hospital ante la presencia de signos de peligro. Calidad de la evidencia: baja.
- Para aquellos estudios que se concentran en aumentar el acceso a atención calificada por complicaciones:
 - Un ECA de grupos (Midhet y Becker, 2010) mostró un aumento estadísticamente significativo de las mujeres que concurren al hospital para tratamiento de problemas durante el embarazo, pero no queda claro el impacto durante el parto, inmediatamente después del parto o durante el período pós-parto. Calidad de la evidencia: moderada.

Para el resultado de uso de atención prenatal (una o cuatro visitas), la calidad de la evidencia varió de muy baja a baja.

- Un ECA (Mullany, Becker y Hindin, 2007) comunicó que no había diferencias entre los grupos del estudio en cuanto al uso de más de tres visitas APN. Calidad de la evidencia: baja.
- Seis estudios observacionales (Mushi, Mpembeni y Jahn, 2010; Purdin, Khan y Saucier, 2009; Sinha, 2008; Sood y col., 2004 Indonesia; Sood y col., 2004 Nepal; Turan, Tesfagiorghis y Polan, 2011) comunicaron datos sobre visitas prenatales. Un estudio usó un diseño de antes y después de la intervención (Sinha, 2008) y una evaluación de un programa que utilizó un sistema de información de salud (Purdin, Khan y Saucier, 2009) mostraron que había más mujeres que hacían tres o más visitas de APN entre el nivel inicial y el seguimiento. Otro estudio antes y después (Mushi, Mpembeni y Jahn, 2010) mostró un aumento no significativo de quienes hacían cuatro o más visitas de APN. Un estudio de evaluación de un grupo, comparando el antes y el después (Sood y col., 2004 Nepal) no encontró diferencias significativas entre los grupos expuestos (post intervención) y no expuestos (pre intervención) en cuatro o más visitas de APN. Dos estudios de antes y después de la intervención con grupos control (Sood y col., 2004 Indonesia; Turan, Tesfagiorghis y Polan, 2011) mostraron que las mujeres y sus esposos expuestos a la intervención tuvieron una probabilidad significativamente mayor de informar cuatro o más visitas de APN que aquellos no expuestos, pero no se brindan datos iniciales (Sood y col., 2004 Indonesia) y un aumento estadísticamente significativo de más de una y más de cuatro visitas (Turan, Tesfagiorghis y Polan, 2011). Calidad de la evidencia: muy baja.
- Para aquellos estudios que se concentran en aumentar el acceso a atención calificada por complicaciones:
 - Un ECA de grupos (Midhet y Becker, 2010) mostró

que en los brazos de intervención hubo un número significativamente mayor de mujeres embarazadas en comparación con el brazo de control que recibió atención prenatal adecuada (visitas a prestador de salud calificado exclusivamente con el propósito de hacer controles médicos de rutina durante el primer o segundo trimestre del embarazo), pero las diferencias entre los brazos de intervención no fueron significativas. Calidad de la evidencia: moderada.

Para el resultado de amamantamiento, la calidad de la evidencia fue catalogada como de muy baja a baja.

- Un ECA de grupos (Kunene y col., 2004) mostró que el porcentaje de las mujeres que comienzan la alimentación mixta de sus hijos a los seis meses fue más alto en el grupo expuesto a la intervención que en el grupo de control. Los resultados no fueron estadísticamente significativos. Calidad de la evidencia: baja.
- En un estudio de diseño de grupo control no equivalente, en el que tres dispensarios implementaron la intervención mientras que otros tres funcionaron como centros de control (Varkey y col., 2004), en el grupo de control fue significativamente mayor el número de mujeres que continuaron con amamantamiento exclusivo a los seis meses en comparación con el grupo expuesto a la intervención. Calidad de la evidencia: muy baja.
- En un estudio analítico de cohorte (Sahip y Turin, 2007), los hombres del grupo expuesto a la intervención comunicaron un aumento significativo del amamantamiento de sus hijos a los tres meses. Calidad de la evidencia: muy baja.
- Un estudio transversal de repetición (Fullerton, Killian, y Gass, 2005) halló un aumento significativo de las mujeres que habían amamantado en el curso de la primera hora siguiente al parto luego de la intervención tendiente al involucramiento de los hombres. Calidad de la evidencia: muy baja.

Para el resultado de visitas de atención del posparto para atención de las mujeres, la calidad de la evidencia fue de baja a muy baja.

- Un ensayo controlado aleatorizado (Mullany, Becker y Hindin, 2007) mostró que las mujeres asignadas al grupo de parejas tuvieron una probabilidad significativamente mayor de asistir a la visita posparto que aquellas asignadas a un grupo de control o a un grupo de mujeres solas. Calidad de la evidencia: baja.
- Dos estudios observacionales informan sobre los controles posparto de las madres. En un estudio analítico de cohorte (Sahip y Turan, 2007), no hubo una diferencia significativa entre los grupos de control y de intervención en los hombres que declaraban que sus esposas se habían hecho un control posparto. Una evaluación de un programa (Purdin, Khan y Saucier, 2009) mostró un aumento de la atención posparto dentro de las 72 horas siguientes al parto post intervención. Calidad de la evidencia: muy baja.

En algunos de los estudios se informaron otros resultados adicionales no identificados como

clave, incluyendo la preparación para el parto y sus complicaciones, hombres que acompañaron a sus esposas a sus controles prenatales, aumento del apoyo a las mujeres y de la interacción entre las parejas. Además, se dispuso de información de aquellos estudios que informaban sobre nutrición materna, defunciones maternas, óbitos fetales, mortalidad perinatal y mortalidad neonatal.³³ Estas fueron analizadas en la reunión y consideradas por el GDG en su decisión sobre la fortaleza de la recomendación.

Consideraciones a tener en cuenta para la implementación

Las consideraciones referentes a la implementación se informaron en un documento de antecedentes sobre el contexto, las condiciones y los factores que afectan la implementación preparado por Khanna (2014).³⁴ Se revisaron los 13 estudios incluidos en la revisión sistemática, así como otras dos revisiones de estudios sobre el tema. Se revisaron los 13 estudios incluidos en la revisión sistemática, así como otras dos revisiones de estudios sobre el tema.

Tal como se indicara, las intervenciones destinadas a fomentar el involucramiento de los hombres incluyen una serie de actividades como consejería en los centros, individual y en grupo de parejas o de hombres, movilización de la comunidad y de los medios de comunicación. Se considera que son más efectivas las intervenciones integradas que funcionan a múltiples niveles para cambiar las normas y los valores sociales o de la comunidad, al mismo tiempo que las actitudes y prácticas de conocimiento de los individuos.

Como se mencionara anteriormente, el GDG deliberó largo y tendido sobre esta recomendación y reconoció el potencial que tendrían los programas de involucramiento de los hombres de socavar o dañar la autonomía de las mujeres, sus elecciones y la toma de decisiones, a no ser que se los emprenda con esfuerzos dedicados a promover la igualdad de género y la toma igualitaria de decisiones entre las parejas. También reconoció la importancia de la calidad de la implementación y la capacidad de los programas que los implementan de responder ante un entorno social cambiante, y por lo tanto, recomendaron un riguroso seguimiento y evaluación. A continuación se presentan los puntos clave destacados por el GDG a considerar cuando se implementan estrategias de involucramiento de los hombres.

- Las estrategias de involucramiento de los hombres para mejorar la SMN deberían dirigirse fundamentalmente a apoyar las consultas de las mujeres en busca de atención y apoyarlas en la toma de decisiones con respecto a su propia salud y la salud de sus hijos. Su implementación no debería reducir la autonomía de las mujeres (en cuanto a acudir por atención y en la toma de decisiones en relación con su propia salud y la salud de sus hijos). Hay que evitar reforzar los estereotipos de género que colocan a los hombres como los responsables de tomar las decisiones.

³³ Ver Tokhi y col. (por publicar).

³⁴ Ver Apéndice 2.

- Además, las estrategias de involucramiento de los hombres deberían ir unidas a otros esfuerzos para implementar programas de género transformadores (por ejemplo, programas que fomentan normas igualitarias de género y empoderamiento de las mujeres) y deben promover el papel positivo que pueden desempeñar los hombres como parejas y padres.
- Reflexionando sobre el equilibrio entre daños y beneficios; el equilibrio depende de la estrategia a emplear y del contexto. En contextos donde hay un alto índice de violencia íntima de la pareja, es preciso ser cauteloso al involucrar a los hombres a través de estrategias con intervenciones en los centros de salud, prestando debida atención a no comprometer la seguridad y la confidencialidad de las mujeres.
- Los daños o riesgos pueden mitigarse a través de enfoques de implementación que capaciten a los prestadores de salud y al personal de los programas en programación sensible al género que promueva una toma de decisiones igualitarias entre parejas y que respete los derechos de las mujeres y su autonomía junto con un seguimiento estrecho y una evaluación de los impactos adversos sobre los derechos de las mujeres y su autonomía.
- Es importante reconocer la diversidad de los valores y preferencias de las mujeres. Los programas deben estar diseñados luego de haber realizado una investigación cualitativa y de un diálogo con las mujeres.
- Al considerar intervenciones como consejería de las parejas o en los centros de salud, donde se invita al hombre de la pareja a acompañar a la mujer a las consultas de atención prenatal, es sumamente importante conseguir el consentimiento autónomo de la mujer y analizar en detalle los aspectos en los que ella quiere que él se involucre. Es esencial ofrecer una atención ajustada a cada mujer y con matices. Hay algunas mujeres que quieren que sus parejas se involucren, y se las debe apoyar. Hay otras mujeres que no quieren que sus parejas se involucren, y se las debe respetar. Si una mujer no desea involucrar a su pareja o no logra hacer que se comprometa, nunca se debe poner su involucramiento como una condición para prestar los servicios. Tal vez la consideración más importante que se mencionó de la implementación fue la necesidad de garantizar el permiso de las mujeres, su consentimiento y su perspectiva sobre el involucramiento de los hombres, antes de invitar a los hombres a participar.
- Cuando se promueven intervenciones para fomentar el involucramiento de los hombres, se debe considerar la diversidad de alianzas de las mujeres embarazadas y los arreglos familiares, incluyendo el caso de las mujeres sin pareja.
- El involucramiento de los hombres en la atención clínica en torno al embarazo, parto y después del parto debe quedar supeditado a la aprobación o al pedido de las mujeres. Hay que consultar a las mujeres, en privado, sobre qué aspectos de la atención quisieran mantener confidenciales. Esto tiene particular importancia en

servicios clínicos potencialmente sensibles, como planificación familiar posparto.

- Las dependencias sanitarias deben ser servicios de salud adecuados también para hombres, así como para trabajar con hombres y mujeres en la época del embarazo, nacimiento y después del parto. Sin embargo, el acceso a atención de calidad para mujeres y recién nacidos no debe depender de la asistencia o el involucramiento de los hombres.
- Muchos servicios de salud no están diseñados como para que los hombres acompañen a sus parejas. Se debe trabajar en la infraestructura física y en la capacidad de los prestadores de salud de trabajar con hombres y parejas aplicando enfoques que tengan en cuenta los asuntos de género.

Las mujeres deberían participar en el diseño y monitoreo de las intervenciones destinadas a fomentar el involucramiento de los hombres. Esto incluye la realización de pruebas piloto de mensajes clave con mujeres y preguntarles a las mujeres acerca de sus experiencias de involucramiento de los hombres.

Las intervenciones destinadas a promover el involucramiento de los hombres en torno a la época del embarazo, parto y después del parto deberían implementarse con referencia a acciones y estrategias más amplias, implementadas a lo largo de la vida, para mejorar la igualdad de género y aumentar la capacidad de las mujeres de tomar decisiones que respalden su propia salud.

La importancia del involucramiento de los hombres como un apoyo para que las mujeres tomen sus decisiones debe ser introducida con los hombres y mujeres jóvenes para construir cambios sociales y conciencia sobre la igualdad de género en generaciones más jóvenes.

Lagunas en la investigación

Sería útil realizar más estudios de diseño robusto que midan la contribución de las estrategias de involucramiento de los hombres dentro de un paquete de intervenciones destinadas a aumentar la atención calificada antes, durante y después del parto, para mejorar la consulta a causa de complicaciones maternas y del recién nacido y para mejorar las prácticas de atención en el hogar. Además de esto, el GDG identificó algunas lagunas en la investigación específicas de las intervenciones que apuntan a fomentar el involucramiento de los hombres.

- Estudios diseñados y administrados para medir el efecto de incluir a los hombres junto con las mujeres en las discusiones y la toma de decisiones en torno a la SMN. También se necesitan estudios que midan los efectos separados de incluir a los hombres y otras personas importantes en la toma de decisiones en el hogar.
- Estudios de intervenciones destinadas a fomentar el involucramiento de los hombres que sistemáticamente registren información cuali y cuantitativa sobre los valores y preferencias de mujeres y hombres en información cualitativa concerniente a la autonomía de relación con los cambios en los comportamientos de los hombres. En particular, habría que registrar las mujeres con respecto a su cuerpo y autonomía en la toma de decisiones, estereotipos de género y

dinámicas de poder dentro de las relaciones o los hogares. Los estudios existentes que informan sobre los comportamientos de los hombres o la pareja sin informar sobre los valores y preferencias de los hombres y las mujeres acerca de estos comportamientos corren el riesgo de oscurecer las diferencias entre los resultados de género perjudiciales y positivos.

- Investigaciones específicas para cada contexto sobre la forma en que las intervenciones destinadas a promover el involucramiento de los hombres influyen en la dinámica en el hogar, incluyendo relaciones entre suegras y nueras, y entre abuelos y recién nacidos/lactantes.
- Las implicaciones en términos de costos de hacer y sostener cambios en el sistema sanitario que respalden el involucramiento de los hombres en torno a la época del embarazo, parto y después del parto, como desarrollar servicios sanitarios adecuados también para los hombres y capacitando a los trabajadores de la salud para responder a hombres y parejas, así como a mujeres. La investigación que analice esta carencia también debería considerar la calidad de los servicios de salud.
- Valoraciones de la influencia de intervenciones destinadas a fomentar el involucramiento de los hombres, implementadas a nivel de gobiernos locales sobre la fijación de prioridades y la asignación de recursos a nivel de la comunidad.
- Investigación sobre el involucramiento de los hombres en SMN que integre lecciones extrapoladas de un mayor conjunto de la literatura que ya exista sobre trabajar con hombres y niños sobre la igualdad de género y otros temas de salud sexual y reproductiva.

RECOMENDACIÓN 3

Intervenciones destinadas a sensibilizar sobre los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos, y el derecho a acceder a atención calificada

Introducción

Los derechos humanos se consideran un principio guía del Marco IFC y dentro de las estrategias de la OMS, un componente fundamental de salud materna y neonatal. Los programas de salud sexual y reproductiva (SSR) y los programas de SMN apoyan el principio de que las mujeres que son conscientes de sus derechos sexuales y reproductivos están en una mejor posición para ejercer sus elecciones reproductivas y determinar cómo negociar la dinámica familiar y comunitaria, cómo pueden acceder a la atención sanitaria y cómo las tratan los servicios de salud.³⁵

³⁵ Birth rights: New approaches to safe motherhood. London: Panos Institute; 2001 (http://panos.org.uk/wp-content/files/2011/03/birth_rights0TJZQL.pdf). Último acceso el 26 de noviembre de 2014).

Las familias, comunidades, prestadores de salud y otras partes interesadas que conocen los derechos humanos y los respetan, en particular los derechos referentes a la salud sexual y reproductiva, tenderán a apoyar mejor a las mujeres para que se cuiden mejor a sí mismas y a sus hijos. Por lo tanto, además de trabajar con una mujer embarazada individual, los programas a menudo se dirigen a su familia, la comunidad más amplia, los prestadores de salud, administradores y otras partes interesadas de los sistemas de salud destinadas a sensibilizar sobre el derecho a la salud o a la atención calificada. Entre los insumos programáticos se incluye material educativo y ayudas visuales, campañas en los medios de comunicación y trabajo con grupos o reuniones públicas, y a menudo centran su contenido en lo que habría que mejorar para garantizar servicios de calidad.

El respeto de los derechos humanos de las mujeres, sus derechos de salud sexual y reproductiva y sus derechos a acceder a atención de calidad son parte de los enfoques sanitarios basados en derechos humanos afirmados y recomendados por los gobiernos nacionales y los acuerdos de consenso internacionales, incluyendo aquellos respaldados por la OMS y las Naciones Unidas en términos más amplios, como el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994) y la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995). Considerando la guía técnica sobre la mortalidad y morbilidad materna con un enfoque basado en los derechos humanos de la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos³⁶ así como la Comisión sobre Información y Responsabilidad de las Naciones Unidas, es oportuno destacar la importancia de considerar intervenciones que promuevan la conciencia sobre los derechos de las mujeres como una parte fundamental de la salud materna y neonatal.

Planteamos la pregunta:

¿Qué intervenciones destinadas a sensibilizar acerca de los derechos humanos o los derechos sexuales y reproductivos o el derecho al acceso a atención de calidad son efectivas para aumentar el parto atendido por un asistente de partería calificado y mejorar otros resultados clave de la salud materna y neonatal?

RECOMENDACIÓN

Dada la poca evidencia disponible, se recomienda seguir investigando.

El GDG afirma, como un tema de principios, la importancia de mejorar los programas de SMN para informar a las mujeres sobre sus derechos a la salud y a acceder a atención calificada y a seguir empoderándolas para que puedan acceder a dicha atención.

³⁶ Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad. Nueva York: Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas; 2012. http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22_sp.pdf. Último acceso el 7 de enero de 2015

Resumen de las evidencias

La evidencia concerniente a las intervenciones destinadas a sensibilizar acerca de los derechos humanos, los derechos sexuales reproductivos y/o el derecho a atención calificada de calidad fue extraída de una revisión sistemática conducida por George, Branchini y Portela (a publicarse en breve).³⁷ En la literatura se hallaron muchos estudios que mencionan los derechos o que analizan un enfoque basado en derechos. La mayoría de las referencias analizan la importancia de los derechos o la violación de los derechos o las intervenciones, pero son pocos los que documentan la promoción de la sensibilización sobre los derechos. Los documentos que sí detallan la promoción de la sensibilización sobre los derechos en gran medida lo hacen sin ninguna metodología explícita o sin rastrear los efectos sobre los resultados sanitarios. Se encontraron tres estudios que incluían datos de resultados sanitarios que evaluaran los efectos de intervenciones destinadas a sensibilizar acerca de derechos humanos y/o derechos sexuales reproductivos y/o el derecho a atención calificada. Estos incluyen dos ECA de grupos y un estudio del antes y el después. Dos de estos estudios comunican hallazgos cualitativos. No hubo suficiente evidencia como para determinar cuáles de los modos de entrega de la intervención fueron más efectivos. Las medidas de los resultados para dos de los estudios incluían parto institucional y todos los estudios informaron sobre el uso de atención prenatal.

En el Apéndice 4 se presenta una descripción de las características pertinentes clave de los estudios examinados en esta recomendación.

Para el resultado de uso de atención prenatal, la calidad de la evidencia se calificó como muy baja.

- Dos ECA de grupos informan resultados variados. Un ensayo aleatorizado en Uganda (Bjorkman and Svensson, 2009), informa un aumento no significativo del promedio de vistas adicionales de APN. El otro en India (Pandey et al., 2007) informa un aumento significativo en exámenes prenatales por año. Calidad de la evidencia: muy baja.
- Una evaluación de programa pre y post intervención (Sinha, 2008) informó aumento en la búsqueda por APN, con diferencias significativas entre el nivel inicial y el final en mujeres que hicieron como mínimo una y mujeres que hicieron más de tres visitas. Calidad de la evidencia: muy baja.

Para el resultado de parto institucional, la calidad de la evidencia fue catalogada de muy baja a moderada.

- Un ECA de grupo (Bjorkman y Svensson, 2009) conducido en Uganda informa un aumento significativo de los partos institucionales, informados como partos adicionales en el centro como promedio mensual. Calidad de la evidencia: moderada.
- Una evaluación antes y después del programa (Sinha, 2008) informó un aumento significativo en el número de mujeres que daban a luz en los centros de salud primaria

³⁷ Ver apéndice 2

y los hospitales estatales, significativa de los partos en clínicas privadas. Calidad de la evidencia: muy baja.

Consideraciones a tener en cuenta para la implementación

Las consideraciones de implementación se informaron como un documento de antecedentes preparado por George y Branchini (2014³⁸ sobre el contexto, las condiciones y los factores que afectan la implementación. Aparte de los tres estudios con datos de resultados de salud, la revisión apela a otras 22 experiencias documentadas, 15 de las cuales estuvieron directamente relacionadas con las consultas por SMN y siete relacionadas con otras áreas de SSR. Algunos no establecieron explícitamente que estaban promoviendo derechos, pero o bien se referían a promover la sensibilización en cuanto a qué se tenía derecho a reclamar y/o a las relaciones de poder, y tenían la sensibilización sobre los derechos como resultados. Unos pocos estudios explícitamente evitaron el uso de lenguaje de derechos en su intervención, por razones estratégicas y de contexto, pero también tenían resultados vinculados a derechos.

Las intervenciones destinadas a sensibilizar sobre los derechos a acceder a atención de calidad para salud materna incluyeron toda una gama de actividades, como distribuir material impreso, convocar a reuniones públicas y otros métodos de medios masivos de comunicación; la formación de comités y grupos para sensibilizar a través de la capacitación y el diálogo; el desarrollo de planes de acción y cartas estándar de servicios; y el monitoreo de los planes de acción y calidad y utilización de los servicios. Las intervenciones destinadas a sensibilizar sobre los derechos estuvieron dirigidas a distintas partes interesadas en múltiples niveles del sistema sanitario, e incluyeron a mujeres, familiares, jóvenes, comunidades, representantes electos, bases comunitarias y organizaciones de la sociedad civil, trabajadores de la salud, administradores y quienes diseñan las políticas.

Muchos de los miembros del GDG se refirieron a sus experiencias con la promoción de derechos, y varios sentían que en América Latina existe una amplia experiencia, si bien no documentada. En estos países era frecuente que los derechos se aprendieran debido a instancias en las que se daban violaciones de los derechos. Entre las lecciones aprendidas se incluye la necesidad de hablar sobre derechos y responsabilidades y la importancia de trabajar a diferentes niveles, incluyendo a quienes diseñan las políticas.

He aquí otras consideraciones importantes sobre la implementación que fueron destacadas:

- La promoción de la sensibilización sobre los derechos puede estar mejor documentada para algunas áreas de SSR, que incluyen planificación familiar, atención post aborto, MGF y el derecho de las mujeres que viven con VIH a tener hijos. Se podría examinar las lecciones aprendidas en estas áreas y aplicarlas a los programas de SMN.

³⁸ Ver Apéndice 2.

- La sensibilización acerca de los derechos humanos debe ser un proceso permanente que involucre a las mujeres, familias y comunidades a lo largo de sus vidas y no debe limitarse solo al período de embarazo, parto y después del parto.
- La información sobre los derechos humanos debe presentarse en un lenguaje y formatos que resulten accesibles y deben apuntar a las mujeres tanto a nivel de los centros como de la comunidad. Es necesario aprender a poner en práctica la sensibilización sobre los derechos, es decir, ya sea a través de la consejería con pares y/o trabajando para ganar práctica en negociaciones, etc.
- Los materiales usados para sensibilizar sobre los derechos no necesariamente logran sensibilizar de por sí. Son efectivos cuando actúan como herramientas para fomentar un aprendizaje interactivo y un diálogo dentro de un contexto específico.
- Es posible que los esfuerzos de sensibilización en torno a los derechos implique flexibilidad para poder incorporarlos estratégicamente dentro de enfoques más amplios ya existentes que ya puedan estar facilitando una demanda comunitaria por servicios.
- Para vincular la promoción de sensibilización acerca de derechos para realizar cambios en términos de acceso a los servicios de salud materna y neonatal, es vital que las iniciativas se funden en acciones concretas y planes operativos, con un adecuado control, seguimiento y evaluación para garantizar que cumplan las metas y que no se limiten a ser aspiraciones. Los sistemas de salud deben disponer de mecanismos de monitoreo y contralor orientados a la promoción de derechos para examinarlos y responder ante los cambios según corresponda.
- La sensibilización acerca de los derechos no se limita a informar a las partes interesadas, sino que también abarca el apoyo a una conciencia crítica que construya una capacidad individual y colectiva que respalde las acciones que fomenten los derechos a una atención más accesible y con mayor capacidad de respuesta. Por lo tanto, las iniciativas tienen que apoyar la capacidad tanto de los titulares de los derechos como de quienes deben hacerlos respetar.
- La creación de alianzas y la negociación de alianzas estratégicas no constituyen procesos fáciles ni predecibles: requieren el fomento de un lenguaje común y aclarar las reglas de enfrentamiento para contrarrestar los desequilibrios de poder. No obstante, los esfuerzos que siguen múltiples vías sectoriales y que apuntan a muchos niveles y actores para apuntalar la promoción de la sensibilización sobre los derechos tienen mayores probabilidades de alcanzar sinergias para sostener la sensibilización y transformarla en una conciencia crítica y en acción que ayude a mejorar el acceso a servicios de calidad y mejores resultados sanitarios.
- La capacitación y la creación de capacidad sobre derechos humanos de los prestadores de salud es esencial para garantizar la promoción y protección de los derechos humanos de las mujeres de modo de garantizar el acceso de las mujeres a atención de calidad.

Los equipos de salud deben comprender el significado del derecho a atención de calidad y el derecho a la salud. Es esencial hacer un análisis de la situación para comprender cómo el contexto en el que trabajan los prestadores de salud, como la falta de tiempo, falta de insumos estructurales y muchos pacientes a su cargo puede inhibir la motivación del trabajador y su capacidad de dar su apoyo a la promoción de la sensibilización sobre los derechos.

- Es importante motivar a los prestadores de salud para que integren una perspectiva de derechos en su propia práctica, como un medio de promover el derecho a la salud para la población, pero también para mejorar el ambiente laboral.

Lagunas en la investigación

Si bien habría que recolectar las lecciones aprendidas sobre la promoción de los derechos para otros temas de salud sexual y reproductiva y extrapolarlas a partir de una base bibliográfica ya disponible, también es necesario profundizar con estudios de diseño robusto para medir el aporte de las intervenciones que promueven la sensibilización acerca de los derechos como un elemento de creciente acceso a atención profesional de calidad para mujeres durante el embarazo, parto y postparto. Es preciso normalizar una serie de elementos y definirlos para que las investigaciones futuras contribuyan al bagaje de evidencia que pueda informar y servir de guía a los diseñadores de políticas, administradores de programas e integrantes de la sociedad civil.

- Se justifica una mayor consideración sobre la oportunidad de integrar explícitamente la sensibilización acerca de los derechos y el cumplimiento con los derechos en los actuales esfuerzos de promoción de la salud. A menos que uno no esté utilizando el lenguaje explícito de derechos debido a razones estratégicas, hay muchos proyectos que crean capacidad individual y comunitaria para mejorar la demanda de calidad en los servicios de salud materna y el acceso a ellos que también se pueden prestar a promover la sensibilización acerca de los derechos y medir su efecto como parte de este paquete. Se recomienda hacer un mapeo de las posibles combinaciones de intervenciones que habría que seguir explorando y evaluando. Según este mapeo, hay que hacer una priorización de una agenda de investigación y de los pasos operativos para llevarla a cabo.
- Actualmente la base de evidencia que muestre la forma en que esta intervención redundaría en una mejora de los resultados de salud está limitada a las poblaciones rurales: fundamentalmente la India, y un estudio en Uganda. Necesitamos experiencias en las que se evalúe la investigación de otras regiones del mundo, en diferentes contextos (por ejemplo, urbano) y con diferentes poblaciones que puedan encarar formas particulares de discriminación y opresión (migrantes, grupos nómades, jóvenes, poblaciones institucionalizadas, personas con discapacidades, etc.) para poder comprender mejor la forma de llegarle a esas poblaciones.
- Se necesita investigación cualitativa sobre los valores y preferencias referentes a las intervenciones que

promueven la sensibilización acerca de los derechos, particularmente sobre cómo se comprenden estos derechos, cómo se los adapta o no, y aplicadas a los contextos en los que tal vez no se comprendan los derechos, o donde estos tienen significados muy diferentes. Se necesita profundizar el examen de los daños, beneficios, consecuencias no buscadas y dilemas éticos que surgen al promover la sensibilización acerca de los derechos que disputan las relaciones de poder existentes.

- Es preciso describir mejor las intervenciones existentes que promueven la sensibilización acerca de los derechos. Los proyectos deben mejorar la documentación sobre cómo promovieron la sensibilización sobre los derechos, con quién y en qué contextos. Muchos proyectos manifestaban que estaban promoviendo la sensibilización acerca de los derechos, pero brindaban una descripción muy escueta de cómo lo hacían. Sería útil contar con una orientación sobre las evaluaciones de los procesos y estudios de casos para este tipo de intervenciones. Esto incluiría la aplicación de teorías de cambio informado por experiencia concreta y marcos teóricos que ayuden a comprender mejor las vías, los insumos y las adaptaciones requeridas para este tipo de intervención.
- Los fondos de financiación y las alianzas tienen que facilitar más evaluaciones de las intervenciones y de mejor calidad, que promuevan la sensibilización acerca de los derechos. Si bien existen muchos ejemplos de promoción de la sensibilización acerca de los derechos a acceder a servicios maternos de calidad, no siempre están bien evaluados o, si están evaluados, no de modo tal que permita la generación de evidencia de buena calidad. Las medidas de normalización utilizadas para el seguimiento y la evaluación de las intervenciones que promueven la sensibilización sobre los derechos, especificando la serie de resultados sanitarios y sociales que son de interés son clave para que la evidencia sea comparable entre los estudios. Se necesita una mejor creación de capacidades y apoyo para el desarrollo de metodologías de investigación más idóneas para estos tipos de intervenciones que hacen un seguimiento longitudinal de los cambios, de forma participativa, que comprende la complejidad y tiene en cuenta las inquietudes sobre la equidad.

RECOMENDACIÓN 4

Hogares de espera materna (HEM)

Introducción

Muchos países en desarrollo han introducido HEM para mejorar el acceso a la atención del trabajo de parto y las complicaciones del embarazo. Los HEM se organizan como alojamientos/residencias de hospedaje cercanos a los centros de salud. Las mujeres que residen en un HEM pueden así acceder fácilmente a los centros de salud para atención esencial del parto o atención por complicaciones obstétricas. Una vez que se inicia el trabajo de parto, la mujer se muda al centro de salud para poder recibir atención durante el trabajo de parto y el parto

con un asistente de partería calificado. Estas estrategias habitualmente están diseñadas para áreas inaccesibles, para facilitar el movimiento oportuno desde el hogar a los centros de salud, disminuyendo las barreras que inhiben el acceso a la atención, como barreras provocadas por la distancia, geografía, estaciones del año o la hora del día, infraestructura, transporte, costo del transporte o comunicación entre los puntos de derivación. Su estructura, financiación y los asuntos organizacionales no son uniformes entre los países o incluso entre los diferentes distritos del mismo país. Los HEM se establecen y se mantienen por acción del estado y ONG, y algunas veces también reciben apoyo de grupos comunitarios.

Planteamos la pregunta:

¿Qué estrategias dirigidas a los hogares de espera materna son efectivas para aumentar los partos atendidos por un asistente de partería calificado o los partos institucionales y mejorar otros resultados clave de salud materna y neonatal?

RECOMENDACIÓN

Lo que se recomienda es instalar los hogares de espera materna cerca de los centros de salud, donde se brinde atención esencial del parto y/o atención por complicaciones obstétricas y neonatales para aumentar el acceso a atención calificada para las poblaciones que viven en áreas remotas o que tienen un acceso limitado a los servicios.

(Recomendación condicional, calidad de la evidencia muy baja)

Se necesitan más estudios.

Resumen de las evidencias

La evidencia sobre los hogares de espera materna se extrajo de una revisión sistemática conducida por Chersich y Portela.³⁹ Se identificaron cuatro diferentes revisiones sistemáticas ya existentes⁴⁰ en la literatura, incluyendo una Revisión Cochrane finalizada en 2012. Estas revisiones existentes fueron valoradas y suplementadas con literatura adicional identificada a través del mapeo de MASCOT/MH-SAR. Se incluyeron

³⁹ Ver Apéndice 2.

⁴⁰ (1) van Lonkhuijzen L, Stekelenburg J, and van Roosmalen J. Maternity waiting facilities for improving maternal and neonatal outcome in low-resource countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009; 8(3): Art. No.: CD006759. doi: 10.1002/14651858.CD006759.pub3. (2) Hussein J, Kanguru L, Astin M, and Munjanja S. The effectiveness of emergency obstetric referral interventions in developing country settings: a systematic review. *PLoS Medicine*. 2012;9:1-12. doi: 10.1371/journal.pmed.1001264. (3) Lee AC, Lawn JE, Cousens S, Kumar V, Osrin D, Bhutta ZA, et al. Linking families and facilities for care at birth: what works to avert intrapartum related deaths. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 2009;107(Suppl 1):S65-85, S86-8. doi: 10.1016/j.ijgo.2009.07.012 (4) Reaching emergency obstetric care: overcoming the 'second delay'. Melbourne: Burnet Institute on behalf of Compass: the Women's and Children's Health Knowledge Hub; 2010 (http://www.wchknowledgehub.com.au/sites/default/files/pdf/mnrh_1_2_briefingpaper_Reaching_emergency_obstetric_care_2009.pdf). Último acceso el 27 de noviembre de 2014.

en total 14 estudios, incluyendo ocho estudios de cohorte basados en el hospital, dos estudios en hospital de antes y después, una encuesta hospitalaria transversal, un estudio de cohorte en la comunidad, una encuesta de hogares transversal y una revisión de los registros de defunciones maternas.

Los 14 estudios se realizaron en Eritrea, Etiopía, Mongolia, Sudáfrica, Timor-Leste, Zambia y Zimbabue.

Los estudios informan sobre diferentes modos de intervención y diferentes mediciones de resultados. No hubo suficiente evidencia como para determinar cuál de estas estrategias o combinación de estrategias era más efectiva.

En el Apéndice 4 se presenta una descripción de las características pertinentes clave de los estudios examinados en esta recomendación.

Para el resultado de parto con un asistente de partería calificado o parto institucional, la calidad de la evidencia fue calificada como muy baja.

- Cuatro estudios (Andemichael, 2008; Tumwine y Dungare, 1996; van den Heuvel y col., 1999; Wild y col., 2012) informaron sobre este resultado. Los componentes del HEM variaron de forma importante (aun dentro de cada estudio) en cuanto a su tamaño, ubicación, dependencias, duración de la estadía antes del parto, entrega de alimentos y otros servicios brindados (servicios de APN, educación en salud, reducción de honorarios para parto instrumental y cesárea). Todos los estudios compararon los HEM con atención estándar antes del ingreso directo al centro. Todos los estudios informaron algún beneficio gracias al HEM para el parto institucional. Dos estudios en hospital del antes y después (Andemichael, 2008; Wild y col., 2012) y una encuesta transversal en hospital (van den Heuvel y col., 1999) mostraron que hubo un aumento del parto institucional después de implementar los hogares de espera materna. El estudio de cohorte en el hospital (Tumwine y Dungare, 1996) informó que todos los nacimientos en el estudio ocurrieron en el hospital. No se informaron datos sobre APC. Calidad de la evidencia: muy baja.

Para el resultado de mortalidad materna, la calidad de la evidencia fue calificada como muy baja.

- Siete estudios observacionales informaron sobre este resultado (Andemichael, 2008; Chandramohan, Cutts y Chandra, 1994; Gaym, Pearson y Soe, 2012; Kelly y col., 2010; Poovan, Kifle y Kwast, 1990; Tumwine y Dungare, 1996; van Lonkhuijzen y col., 2003). Todos los estudios se realizaron en el África subsahariana, declararon que la ubicación era remota y señalaron alguna ventaja como consecuencia de los HEM, pero solo un estudio de cohortes en hospital (Kelly y col., 2010) tuvo la capacidad de detectar una reducción significativa de la mortalidad materna. Calidad de la evidencia: muy baja.

Para el resultado de morbilidad materna (trabajo de parto prolongado/obstruido, rotura uterina), la calidad de la evidencia fue calificada como muy baja.

- Seis estudios de cohortes en hospital informaron sobre este resultado; todos los estudios se realizaron en el África subsahariana. Cinco estudios de cohortes en hospitales (Chandramohan, Cuttsy Chandra, 1994; Gaym, Pearson y Soe, 2012; Kelly y col., 2010; Millard, Bailey y Hanson, 1991; Poovan, Kifle y Kwast, 1990) informaron una reducción en el índice de morbilidad materna para mujeres que asistían a HEM. El resto de los estudios de cohorte en hospitales mostró un aumento (van Lonkhuijzen, 2003). Calidad de la evidencia: muy baja.

Para el resultado de óbito fetal, la calidad de la evidencia fue calificada como muy baja.

- Seis estudios (Chandramohan, Cutts y Millard, 1995; Gaym, Pearson y Soe, 2012; Kelly y col., 2010; Millard, Bailey y Hanson, 1991; Poovan, Kifle y Kwast, 1990; Tumwine y Dungare, 1996) informaron sobre este resultado; todos mostraron alguna ventaja de los HEM. Calidad de la evidencia: muy baja.

Para el resultado de mortalidad perinatal, la calidad de la evidencia fue calificada como muy baja.

- Cuatro estudios de cohortes en hospitales (Chandramohan, Cutts y Chandra, 1994; Millard, Bailey y Hanson, 1991; Tumwine y Dungare, 1996; van Lonkhuijzen y col., 2003) y una encuesta transversal en hospital (Larsen y Muller, 1978) informaron sobre este resultado. Todos los estudios se realizaron en el África subsahariana, declararon que la ubicación era remota e informaron índices de mortalidad perinatal más bajos en mujeres ingresadas al hospital vía HEM. Calidad de la evidencia: muy baja.

Para el resultado de mortalidad neonatal, la calidad de la evidencia fue calificada como muy baja.

- Tres estudios observacionales informaron sobre este resultado (Chandramohan, Cutts y Chandra, 1994; Millard, Bailey y Hanson, 1991; Tumwine y Dungare, 1996). Todos los estudios informaron índices de mortalidad neonatal más bajos en mujeres que ingresaron al hospital desde un HEM. Calidad de la evidencia: muy baja.

Consideraciones a tener en cuenta para la implementación

Las consideraciones de implementación fueron informadas en un documento de antecedentes sobre el contexto y las condiciones y factores que pudieran afectar la implementación preparado por Hussein y Munjanja (2014).⁴¹ Se examinaron 29 trabajos.

⁴¹ Ver Apéndice 2.

El GDG hace notar que el diseño de la intervención requiere una discusión local y nacional para garantizar la definición y adaptación de un modelo ideal en función del contexto. Se recomienda establecer un diálogo con las partes interesadas clave que incluya a las mujeres, familias y comunidades, teniendo una especial consideración por las preferencias locales, los posibles obstáculos al uso y los potenciales daños.

No es común que los HEM cobren una tarifa, pero hay otros costos que influyen en las decisiones de las mujeres y las familias en cuanto a si usar el HEM, como algunos insumos, alimentos, transporte hasta el HEM y alojamiento de familiares acompañantes. Entre los factores considerados para facilitar el uso exitoso de HEM se incluye la disponibilidad de alimentos, la congruencia con las preferencias sociales y culturales, y el involucramiento de la comunidad en la organización, mantenimiento y promoción de la disponibilidad de los servicios de HEM. Entre los factores que pueden obstaculizar su uso se incluyen los costos, la posible duración de la estancia, la falta de involucramiento de la comunidad y la organización, la comodidad y la higiene de la planta física. Otros puntos posibles que habría que analizar y confirmar con las preferencias locales incluyen:

- La resistencia de la mujer y su familia a que la mujer se aleje de la familia y si algún miembro de su familia la puede acompañar.
- Lo que habría que brindar a la mujer durante su estancia en el HEM, incluyendo alimentos o artículos de higiene.
- ¿Qué habría que darle a la mujer durante su estancia en el HEM, incluyendo comida o artículos de higiene?.
- Las instalaciones que se le ofrecerían, como cocina, baños, agua y leña.
- La duración ideal de la estancia antes y después del parto.
- A quién habría que dirigirse para que facilite los procesos de toma de decisiones en el hogar para decidir si la mujer habrá de usar el HEM.
- Las preferencias culturales, incluyendo el papel potencial de las APT en el área local, que pudieran incrementar el uso del HEM.
- Los tipos de apoyo comunitario que pueden solicitarse.
- Cómo garantizar la seguridad del hogar para las mujeres y para el personal, particularmente por la noche.
- La capacitación que habría que ofrecer a los prestadores para garantizar la calidad de la atención y el respeto por las mujeres y sus familiares en el HEM.

Lagunas en la investigación

Sería útil contar con más estudios de diseño robusto que midan la contribución de los HEM dentro de un paquete de intervenciones destinadas a aumentar la atención

calificada en el parto y mejorar sus resultados. Sin embargo, es preciso estandarizar y definir una serie de elementos de investigación para que las investigaciones futuras contribuyan al conjunto de evidencias, y no queden como simples estudios dispersos. Serían los siguientes:

- Asuntos clave a documentar para la investigación de la implementación para poder comprender las diferentes modalidades de prestación de la intervención.
- Definiciones normalizadas de HEM y algunas de las mediciones de resultados que permitan la contextualización local.
- Indicadores claros y comunes para el seguimiento y la evaluación de HEM y medidas normalizadas de esos indicadores, incluyendo el impacto sobre el uso de APC al nacimiento, en la reducción de la segunda demora y sobre la morbilidad y mortalidad materna y del recién nacido.
- Acuerdo sobre las acciones prioritarias y/o cuál combinación de acciones esenciales habría que seguir examinando.
- La necesidad de contar con un estudio del HEM ideal comparado con el HEM actualmente disponible o ninguno para responder a la pregunta básica de si el HEM efectivamente reduce la segunda demora y mejora los resultados del parto.
- Estudiar el impacto de la disponibilidad de HEM sobre la “primera demora” – la demora en la decisión de acudir a consulta, incluyendo el impacto sobre la toma de decisiones en el hogar.
- La necesidad de contar con un estudio en el que se hayan reducido las barreras y se hayan encarado factores habilitantes para estudiar si los HEM son una manera económica de mejorar los resultados de SMN.
- Si el HEM debe dirigirse a algún tipo de mujer en particular, según factores como distancia, vulnerabilidad y riesgo obstétrico.
- Si la capacitación de los prestadores es efectiva para garantizar una atención respetuosa de las mujeres y sus familiares en el HEM.
- La necesidad de estudios en múltiples sitios para que los resultados sean generalizables.
- Estudio del costo de evitar defunciones y morbilidad (materna y neonatal) para la intervención del HEM, y comparar esto con otras intervenciones (por ejemplo, esquemas de transporte comunitario) para encarar el tema de la segunda demora.
- Estudiar si el costo del HEM es menor que el costo de atender las complicaciones.
- Comparar diferentes modelos y costos por modelo, así como costos para la mujer y su familia.
- Documentar cómo hacen los servicios para manejar una demanda creciente como resultado del HEM, y cómo esto incidió en la calidad de la atención brindada.
- Seguimiento y evaluación continuos para comprender las percepciones de las mujeres en cuanto a la calidad de atención que recibieron en el HEM y cómo eso influye el uso ulterior.

RECOMENDACIÓN 5

Esquemas de transporte organizados por la comunidad

Introducción

A menudo se destaca la distancia al centro como la razón por la que las mujeres no consiguen atención calificada para el parto o que no acuden a un centro por complicaciones.⁴² La disponibilidad de transporte para obtener atención está íntimamente relacionada con un importante factor para el acceso. Los programas de salud materna a menudo han promovido la movilización de comunidades para organizar soluciones para el transporte, particularmente para complicaciones obstétricas.

Planteamos la pregunta:

¿Qué esquemas de transporte organizado por la comunidad son efectivos para aumentar el parto atendido por un asistente de partería calificado o de los partos institucionales y mejorar otros desenlaces clave de salud materna y neonatal?

RECOMENDACIÓN

Los esquemas de transporte organizados por la comunidad están recomendados en aquellas situaciones en las que las otras fuentes de transporte sean menos sostenibles y no confiables. Sin embargo, se deben adoptar medidas para garantizar la sostenibilidad, eficacia y confiabilidad de estos esquemas mientras que se buscan soluciones de transporte a largo plazo.

(Recomendación condicional, calidad de la evidencia muy baja)

Se recomiendan investigaciones adicionales.

Resumen de las evidencias

La evidencia sobre los esquemas de transporte organizados por la comunidad se extrajo de una revisión sistemática conducida por Chersich y Portela.⁴³ La intervención fue definida como grupos comunitarios que organizan el transporte para apoyar a las mujeres embarazadas que buscan atención calificada para el parto o en caso de complicaciones. Se identificaron tres diferentes revisiones sistemáticas ya existentes⁴⁴ en la literatura. Se valoraron las revisiones existentes y se las suplementó con literatura adicional identificada a través del mapeo de MASCOT/ MH-SAR. Se identificaron en

⁴² Los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Nueva York: Naciones Unidas; 2007 (<http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/mdg2007.pdf>).

⁴³ Ver Apéndice 2.

⁴⁴ (1) Hussein J, Kanguru L, Astin M, and Munjanja S. The effectiveness of emergency obstetric referral interventions in developing country settings: a systematic review. *PLoS Medicine*. 2012;9:1-12. doi:10.1371/journal.pmed.1001264. (2) Lee AC, Lawn JE, Cousens S, Kumar V, Osrin D, Bhutta ZA, et al. Linking families and facilities for care at birth: what works to avert intrapartum related deaths. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 2009;107(Suppl 1):S65-85, S86-8. doi: 10.1016/j.ijgo.2009.07.012(3) Reaching emergency obstetric care: overcoming the 'second delay'. Melbourne: Burnet Institute on behalf of Compass: the Women's and Children's Health Knowledge Hub; 2010 (http://www.wchknowledgehub.com.au/sites/default/files/pdf/mnrh_1_2_briefingpaper_Reaching_emergency_obstetric_care_2009.pdf). Acceso el 27 de noviembre de 2014

total cinco estudios, incluyendo un ECA de grupos, un estudio pre y post intervención y una valoración post proyecto del mismo programa, y otros dos estudios de control de casos basados en la comunidad pre y post. Tres tuvieron un componente cualitativo.

Los cinco estudios fueron realizados en Indonesia, Malawi, Pakistán y Tanzania. Todos los estudios se concentraron en brindar transporte de emergencia.

Los estudios informaron sobre diferentes modos de intervenciones y diferentes mediciones de resultados. No hubo suficiente evidencia para determinar cuál de estas estrategias o combinación de estrategias fue más efectiva. En todos los estudios, el esquema de transporte fue una de las múltiples intervenciones implementadas.

En el Apéndice 4 se presenta una descripción de las características pertinentes clave de los estudios examinados en esta recomendación.

Para el resultado de parto con un asistente de partería calificado o parto institucional, la calidad de la evidencia se catalogó como de muy baja a moderada.

- Un ECA de grupos en Pakistán (Bhutta y col., 2011) informa que las mujeres expuestas a la intervención con múltiples facetas, con un componente pequeño de transporte de emergencia organizado por la comunidad tienen más probabilidades, aunque no con valor significativo, de declarar haber dado a luz en un centro. Calidad de la evidencia: moderada.
- Un estudio de control de casos pre y post en Indonesia (Sood y col., 2004) y estudio de control de casos basado en la comunidad en Malawi (Lungu y col., 2001) informaron de manera diferente sobre este resultado. Sood y col. (2004) informan que las mujeres en las comunidades expuestas a una campaña de PPPC donde bajo un componente, se alentó a los miembros de la comunidad a organizar el transporte, tuvieron una probabilidad significativamente mayor de declarar haber dado a luz en un hospital y hubo una mayor proporción de mujeres que usan un APC a nivel inicial comparado con la línea final; del mismo modo, las mujeres expuestas a la intervención declararon un mayor uso de APC que las no expuestas. El estudio en Malawi informa que los planes de transporte organizados por la comunidad se asociaron con una disminución significativamente mayor de los partos domiciliarios que con el uso de las ambulancias-bicicleta (Lungu y col., 2001). Calidad de la evidencia: muy baja.

Para el resultado de atención con un asistente de partería calificado o parto institucional en caso de complicaciones/enfermedad en las mujeres, la calidad de la evidencia fue calificada como muy baja.

- Un estudio pre y post (Ahluwalia y col., 2003) y una evaluación de la misma intervención (Ahluwalia y col., 2010) midieron los resultados de la misma intervención, en comunidades rurales pobres en Tanzania. La intervención fue múltiple y compleja; la planificación del transporte fue un componente pequeño. La evaluación pre y post informa un aumento del número de mujeres embarazadas que asisten al hospital local tratadas por complicaciones obstétricas, y en 10 aldeas con sistemas de transporte funcionales, por lo menos 36 mujeres con emergencias obstétricas habían utilizado los sistemas de transporte para consultar en el hospital (Ahluwalia y col., 2003). La encuesta de seguimiento informa que seis aldeas con sistemas de transporte funcionales ofrecieron transporte a 29 mujeres embarazadas con dificultades obstétricas, y estima que esto representa 22% de las mujeres embarazadas que pudieran llegar a necesitar AOE; las estimaciones se basan en datos de vigilancia de 1998 (Ahluwalia y col., 2010). Calidad de la evidencia: muy baja.

Para el resultado de mortalidad materna, la calidad de la evidencia fue calificada como moderada.

- Un ensayo aleatorizado de grupos en Pakistán (Bhutta y col., 2011) informó menos defunciones en las mujeres expuestas a una intervención múltiple que comprendió más que el transporte organizado por la comunidad. Calidad de la evidencia: moderada.

Para el resultado de óbito fetal, la calidad de la evidencia fue calificada como moderada.

- Un ensayo aleatorizado de grupos en Pakistán (Bhutta y col., 2011) en el que el número de óbitos fetales es inferior y la razón de riesgo de mortalidad mostró que los óbitos fetales eran significativamente menores entre las mujeres expuestas a intervenciones múltiples que comprendieron más que el transporte organizado por la comunidad. Calidad de la evidencia moderada.

Para el resultado de mortalidad perinatal, la calidad de la evidencia fue calificada como moderada.

- Un ensayo aleatorizado de grupos en Pakistán (Bhutta y col., 2011) donde el número de defunciones perinatales es inferior, y la razón de riesgo de mortalidad mostró que las defunciones perinatales fueron significativamente menores entre las mujeres expuestas a una intervención múltiple que comprendió más que el transporte organizado por la comunidad. Calidad de la evidencia: moderada.

Para el resultado de mortalidad neonatal, la calidad de la evidencia fue calificada como moderada.

- Un ensayo aleatorizado de grupos en Pakistán (Bhutta y col., 2011) donde la mortalidad neonatal fue significativamente inferior en grupos de intervención y

pareció menor en áreas cubiertas por trabajadoras de la salud de sexo femenino que en áreas no cubiertas. La intervención fue una intervención múltiple que comprendía más que el transporte organizado por la comunidad. Calidad de la evidencia: moderada.

Consideraciones a tener en cuenta para la implementación

Dadas las consideraciones delineadas a continuación el GDG destacó que el diseño de la intervención requiere discusión local y nacional para garantizar la adaptación y la definición de un modelo ideal según el contexto. Esta intervención se puede recomendar en el contexto de planes mayores para desarrollar un sistema de transporte pero se la considera inefectiva simplemente como un esquema temporario. Se recomienda establecer un diálogo con las partes interesadas clave que incluya a las mujeres, familias y comunidades, considerando cuidadosamente los valores y preferencias locales, y los potenciales daños y obstáculos a la implementación. Es preciso considerar los posibles daños en el contexto local cuando se diseña la intervención y dependen del tipo de transporte, lo que incluye el tiempo de espera, el tiempo de viaje, opciones que son dolorosas para la mujer que se transporta, y opciones inadecuadas dependiendo del terreno y los aspectos meteorológicos y preocupaciones en cuanto a la seguridad del conductor y para las mujeres. Las consideraciones culturales también afectan la decisión sobre el tipo de transporte elegido.

Las consideraciones de implementación fueron descritas en dos revisiones sistemáticas publicadas sobre el tema,⁴⁵ las que incluyeron hallazgos de 22 trabajos. El transporte organizado por la comunidad pretende ser una manera de vencer los factores que contribuyen a la “segunda demora” (es decir, la demora en llegar a obtener atención). Se utilizaron muchas formas de transporte para acceder al centro o a atención calificada en países de bajos y medianos ingresos. El transporte no motorizado incluyó que las llevaran en andas, en animales, bicicletas y caminando. El transporte motorizado incluyó automóviles, taxis, motos, transporte público y comercial y ambulancias. Se utilizaron diversas formas de transporte acuático. La mayoría de los estudios analizaron el transporte por complicaciones obstétricas más que para el parto.

De las revisiones surgió claramente que aumentar el transporte para aumentar la accesibilidad a la atención médica y el impacto sobre la salud materna y neonatal puede no lograr atender factores clave proximales y distales, como distancia, barreras geográficas,

estaciones del año u hora del día, infraestructura, transporte, el costo del transporte o la comunicación entre puntos de derivación.

Los costos dependían del tipo de transporte. Sin embargo, varios programas informan costos que pueden ser sustanciales en contextos de bajos recursos, particularmente cuando se considera las compras iniciales, el mantenimiento y los costos recurrentes. El GDG hizo notar que el transporte organizado también se puede utilizar para otras emergencias vinculadas a la salud.

Se deben adoptar medidas para garantizar la seguridad, eficacia y confiabilidad de los esquemas de transporte comunitario. El medio óptimo de transporte de emergencia tendría que ser capaz de viajar a una velocidad razonable, y llegar a las mujeres rápidamente para garantizar un transporte oportuno. Esto podría variar entre las ubicaciones geográficas y en las diferentes estaciones del año y culturas. Se necesita una discusión local para garantizar la selección de opciones compatibles con las condiciones de terreno y climáticas. Se le debe prestar suficiente atención a la gestión del sistema, que incluye costos, mantenimiento y reparación, conductores, y regulaciones en cuanto al uso de vehículos para otros propósitos.

Los esquemas de transporte de la comunidad a menudo están ligados a esfuerzos de movilización, esfuerzos financieros de la comunidad y la organización de comités locales. En los estudios incluidos, el mal funcionamiento de los comités locales hizo que los esquemas de transporte a menudo no estuvieran ni bien organizados ni mantenidos a lo largo del tiempo. En los casos en que había que manejar fondos ya fuera para organizar el transporte o para su mantenimiento, se agregaba un nivel adicional de complejidad. Se considera que la confianza y la transparencia son esenciales para el éxito de los esquemas.

El GDG hizo notar que las comunidades a menudo respondían en ausencia de acciones estatales para mejorar los caminos o el transporte. La movilización de la comunidad por el transporte podría incluir abogar por eso ante el gobierno para resolver el transporte u organizar la comunidad para arreglar la caminería.

Las discusiones intersectoriales permanentes locales y nacionales deben continuar buscando soluciones sustentables para los sistemas de caminería y transporte. En algunos casos las ONG organizaron esquemas y se necesitan vínculos con los servicios de gobierno en caso que las fuentes de soporte externos se terminaran. Una visión a más largo plazo de mejorar los caminos puede tener beneficios sanitarios, educativos, sociales y económicos de amplio alcance para las comunidades. El sector salud debería emprender y abogar por inversiones multisectoriales en infraestructura. Las intervenciones también deberían encarar las opciones de transporte más allá de los esquemas de transporte de la comunidad y las necesidades de otras áreas de salud.

.....
⁴⁵ (1) Wilson A, Hillman S, Rosato M, Skelton J, Costello A, Hussein J, et al. A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies on maternal emergency transport in low-and middle income countries. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2013;122(3):192-201. doi:10.1016/j.ijgo.2013.03.030; (2) Reaching emergency obstetric care: overcoming the 'second delay'. Melbourne: Burnet Institute on behalf of Compass: the Women's and Children's Health Knowledge Hub; 2010 (http://www.wchknowledgehub.com.au/sites/default/files/pdf/mnrh_1_2_briefingpaper_Reaching_emergency_obstetric_care_2009.pdf, Acceso el 7 de enero de 2015).

Lagunas en la investigación

Sería útil realizar más estudios de diseño robusto que midan la contribución de los esquemas de transporte de la comunidad dentro de un paquete de intervenciones para aumentar la atención calificada en el parto, en aquellas circunstancias en la que no son factibles o no se planifican otras opciones para resolver el transporte. Sin embargo, es preciso normalizar una serie de elementos de investigación, y definirlos para que en el futuro, la investigación que se emprenda contribuya al conjunto de evidencias que se arma a partir de conocimiento existente, más que repetir trabajo similar. Éstas son:

- Diseño óptimo del estudio y necesidad de documentar aspectos importantes de los procesos de modo a permitir la investigación de la implementación y llegar a comprender el efecto de las diferentes modalidades de realizar la intervención.
- Definiciones normalizadas para las mediciones del resultado, posibilitando contextualización local.
- Indicadores claros y comunes para el seguimiento y la evaluación de HEM y medidas normalizadas de esos indicadores, incluyendo el impacto sobre el uso de APC al nacimiento, en la reducción de la segunda demora y sobre la morbilidad y mortalidad materna y del recién nacido.
- Acuerdo sobre las acciones prioritarias y/o cuál combinación de acciones esenciales habría que seguir examinando.
- Documentación de cómo se organizó el transporte para otras áreas de la salud y esquemas de transporte de la comunidad más generales.
- Documentación con una mirada más amplia al transporte y la estabilización de las mujeres, y considerando el estándar para derivaciones y los enlaces.

RECOMENDACIÓN 6

Alianza con los Asistentes de Parto Tradicionales (APT)

Introducción

Tal como se establece en el concepto del marco original IFC y el documento de la estrategia,⁴⁶ a medida que la OMS y sus socios siguen adelante con la promoción de asistentes de partos calificados y la atención calificada del parto, se debe especificar la responsabilidad de los APT en SMN en los países y áreas donde actualmente se atienden los partos. Dada su aceptabilidad cultural y social, su conocimiento y experiencia, se puede considerar a los/las APT como importantes aliados para educación en salud y

⁴⁶ Trabajando con Individuos, Familias y Comunidades, para mejorar la Salud Materna y Neonatal. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 2010 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70173/1/WHO_MPS_09.06_spa.pdf, Reducir los riesgos del embarazo: el papel crucial del asistente calificado.

apoyo social y un vínculo positivo entre mujeres, familias, comunidades y el sistema formal de salud.⁴⁷

La guía reciente de la OMS, *WHO OptimizeMNH*⁴⁸ reconoció que una distribución más racional de las tareas y responsabilidades entre el cuadro de trabajadores de la salud puede mejorar el acceso a la atención materna y del recién nacido. Revisando la evidencia sobre qué tareas pueden ser desempeñadas por trabajadores de la salud legos, se consideró que los APT estaban capacitados, y se definió al APT como personas que atienden a la madre durante el parto y que inicialmente adquirieron sus destrezas asistiendo partos ellos mismos o a través de la formación de otros APT. Los APT capacitados han recibido algún nivel de capacitación biomédica sobre el embarazo y la atención del parto.

Planteamos la pregunta:

¿Qué nuevos papeles para APT dentro del sistema de salud formal son efectivos para aumentar los partos con un asistente de partería calificado o partos institucionales y para mejorar otros resultados clave de salud materna y neonatal?

RECOMENDACIÓN

En las instancias en las que los APT siguen siendo los prestadores de atención del parto, se recomienda mantener un diálogo con los APT, mujeres, familias, comunidades y prestadores de salud para definir y acordar los papeles alternativos para los APT, reconociendo el importante papel que pueden desempeñar en apoyar la salud de las mujeres y recién nacidos.

(Recomendación fuerte, calidad de la evidencia muy baja) Se necesitan más estudios.

El GDG también respalda las recomendaciones de la guía de la OMS *OptimizeMNH*.⁴⁹

Se recomienda aprovechar a los trabajadores de la salud legos, incluyendo APT capacitados, para promover la captación de una serie de comportamientos y servicios relacionados con la atención de la madre y el recién nacido, apoyo social continuo durante el trabajo de parto en presencia de un asistente de partería calificado y administración de misoprostol para evitar la hemorragia puerperal.

Se recomienda emplear trabajadores de la salud

⁴⁷ A joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva: World Health Organization; 2004 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591692.pdf?ua=1>, acceso el 28 de enero de 2015).

⁴⁸ OptimizeMNH: Optimizing health worker roles for maternal and newborn health. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/1/9789241504843_eng.pdf, acceso el 7 de enero de 2015).

⁴⁹ OptimizeMNH: Optimizing health worker roles for maternal and newborn health. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/1/9789241504843_eng.pdf, acceso el 26 de noviembre de 2014).

legos, incluyendo APT capacitados para realizar las siguientes intervenciones, con seguimiento y evaluación dirigidos: distribución de algunas intervenciones de tipo suplemento oral a mujeres embarazadas (suplemento de calcio para mujeres que viven en áreas con niveles conocidos de baja ingesta de calcio, suplemento de hierro y folato de rutina para mujeres embarazadas, terapia preventiva intermitente contra la malaria para mujeres embarazadas que viven en áreas endémicas y suplemento de vitamina A para mujeres embarazadas que viven en áreas donde la deficiencia severa de vitamina A es un problema grave de salud pública); e inicio y mantenimiento de anticonceptivos inyectables usando una jeringa estándar.

Resumen de las evidencias

La evidencia sobre las intervenciones para encontrar nuevos roles para APT en el sistema de salud formal se extrajo de una revisión sistemática, conducida por Chersich, y col.⁵⁰ En la literatura se identificaron dos revisiones sistemáticas existentes.⁵¹ Se valoraron esas revisiones existentes y se las suplementó con literatura adicional identificada a través de un mapeo MASCOT/MH-SAR. Se identificaron seis estudios en total.

Se emplearon diferentes estrategias para desarrollar relaciones colaborativas con APT. No hubo suficiente evidencia como para determinar cuáles de estas estrategias o qué combinación de estas estrategias era efectiva.

En el Apéndice 4 se presenta una descripción de las características pertinentes clave de los estudios examinados en esta recomendación.

Para el resultado de parto con un asistente de partería calificado o parto institucional, la calidad de la evidencia fue calificada como muy baja.

- Seis estudios observacionales informaron sobre este resultado en países de rentas baja y media; dos estudios eran solo de mujeres refugiadas o desplazadas internamente. Las intervenciones variaron y fueron múltiples y complejas. Es difícil distinguir el efecto del o de los componentes individuales del programa o programas generales de las actividades existentes de la iniciativa de maternidad segura. En términos generales, los estudios informan mejoras en el uso de APC luego de la implementación de las intervenciones comparado

⁵⁰ Ver Apéndice 2.

⁵¹ (1) Byrne A and Morgan A. How the integration of traditional birth attendants with formal health systems can increase skilled birth attendance. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 2011; 115:127-34. doi: 10.1016/j.ijgo.2011.06.019.; and (2) Vieira C, Portela A, Miller T, Coast E, Leone T, and Marston C. Increasing the use of skilled health personnel where traditional birth attendants were providers of childbirth care: a systematic review. *PLoS ONE*. 2012;7(10):e47946. doi:47910.41371/journal.pone.0047946.

con datos en el período anterior a que se pusieran en marcha las intervenciones. Dos estudios muestran una tendencia a que sean más las mujeres que declaran haber recibido asistencia de un APC con el tiempo: uno en Indonesia muestra una tendencia hacia una mejora sustancial con el tiempo (Frankenberg y col., 2009) y el otro estudio de Myanmar muestra que más mujeres informaron haber recibido asistencia de un APC desde el inicio al seguimiento (Mullany y col., 2010). Otros dos estudios, uno en Perú y el otro en Indonesia (Gabrysch y col., 2009; Ronsmans y col., 2001), indican un aumento en asistencia con APC con el paso del tiempo, uno significativamente (Ronsmans y col., 2001). Una excepción es un estudio en Bangladesh (Fauveau y col., 1991), donde del 15% de las mujeres registradas que solicitaron la presencia de una partera, solo 9% de hecho tuvo una partera atendiendo el parto. Los partos institucionales también aumentaron con el tiempo en un estudio en Pakistán donde se brindó AOE como parte de la intervención en una población de refugiados (Purdin, Khan y Saucier, 2009) y en el modelo de partería adaptado culturalmente (Gabrysch y col., 2009). Calidad de la evidencia: muy baja.

Para el resultado del uso de APN (una a cuatro visitas), la calidad de la evidencia fue calificada como muy baja.

- Tres estudios observacionales informaron sobre este desenlace. Una encuesta longitudinal a un panel (Frankenberg y col., 2009) mostró un aumento del uso de APN con el tiempo luego de la implementación de una intervención con APT. Un análisis retrospectivo pre y post (Purdin y col., 2009) informó que la cobertura completa de la atención prenatal (tres o más visitas) aumentó desde el nivel inicial al final; y un estudio pre y post intervención (Mullany y col., 2010) informó que la cobertura de cuatro o más visitas aumentó significativamente desde el nivel basal al final. Hubo mejoras relativas mayores en el uso de APN con el tiempo donde se implementaron las intervenciones de APT en contextos con mujeres afganas refugiadas en Pakistán (Purdin, Khan y Saucier, 2009) y mujeres desplazadas internamente en Myanmar Oriental (Mullany y col., 2010). Calidad de la evidencia muy baja.

Para el resultado de visitas posnatales para mujer y bebé, la calidad de la evidencia fue calificada como muy baja.

- Cuatro estudios observacionales informaron sobre este desenlace. Solo un estudio (Mullany y col., 2010) especificó que la visita posnatal era para la madre y el bebé. Los cuatro estudios mostraron que las visitas posparto a las mujeres aumentaron con el tiempo luego de la implementación de una Intervención con APT (Fauveau y col., 1991; Ronsmans y col., 2001; Purdin, Khan y Saucier, 2009; Mullany y col., 2010). Hubo mejoras relativas mayores en las mujeres que recibieron visitas posparto dentro de las 72 horas después del parto donde se implementaron intervenciones APT en contextos con mujeres afganas refugiadas en Pakistán (Purdin, Khan y Saucier, 2009)

y mejoras significativas en mujeres desplazadas internamente en Myanmar Oriental (Mullany, y col., 2010). Calidad de la evidencia muy baja.

Consideraciones a tener en cuenta para la implementación

Las consideraciones de implementación fueron informadas a través de un documento de antecedentes sobre el contexto, las condiciones, y los factores que pudieron haber afectado la implementación preparado por Miller (2014).⁵² Durante la obtención de la literatura original y el procedimiento de mapeo se identificaron 16 referencias adicionales que fueron re examinadas. Estos 16 artículos incluyeron países no representados en la revisión sistemática y diferentes experiencias de intervención.

Las intervenciones para respaldar a los países en transición del parto con un APT al parto con un APC son particularmente importantes a la luz de las estrategias prioritarias para aumentar los APC y los desafíos de recursos humanos para lograr esta meta. El reciente trabajo de cambio de tareas se ha concentrado en los roles que pueden asumir los trabajadores de la salud legos, incluyendo los APT. Tal como se hace notar más arriba, las intervenciones de interés a los efectos de esta revisión fueron aquellas en las que los APT eran prestadores de atención de partería y se hicieron esfuerzos por aumentar los partos con un APC.

Esto incluyó intervenciones en las que se vincularon APT con los servicios de salud formales para aumentar los partos atendidos por un APC y los partos institucionales; las intervenciones destinadas a aumentar las alianzas o el trabajo de equipo con APT; o a encontrar nuevos roles para APT dentro del sistema de salud formal. La mayoría de las estrategias implementadas se concentraron en establecer alianzas con APT.

No se cuenta con información exacta sobre los costos incurridos. Podríamos inferir de los diferentes estudios solo una información limitada sobre los costos en los que se incurrió. Los costos dependieron del tipo de intervención, incluyendo la los pagos a las APT para que asumieran nuevos roles, como derivar a las mujeres embarazadas, acompañándolas al centro de salud, reembolsando los costos de transporte u otros costos asociados al asumir un nuevo rol.

Se recomienda un enfoque multifacético para preparar los APT y otros para nuevos roles, incluyendo la capacitación de APT para fortalecer sus conocimientos y habilidades para permitirles asumir nuevos roles, la sensibilización de los prestadores de salud, comunidades, mujeres y sus familias y APT para garantizar un diálogo de respeto mutuo y establecer relaciones en las que hay confianza, y la integración de otras partes interesadas para contribuir a un sistema de soporte para el período de transición.

⁵² Ver Apéndice 2.

Es claro que puede haber contextos como en áreas remotas, situaciones humanitarias o centros de salud sobrecargados donde se consideró necesario que los APT atendieran partos. Sin embargo, esto debería hacerse bajo supervisión y en paralelo con pasos que faciliten el trabajo preparatorio para la fase de transición de los APT.

Lagunas en la investigación

Sería útil contar con más estudios de diseño robusto que midan la contribución de los APT dentro de un paquete de intervenciones destinadas a aumentar la atención calificada en el parto. Sin embargo, es preciso estandarizar una serie de elementos de investigación, y definirlos para que en el futuro, la investigación que se emprenda cumpla con los criterios de diseño y de notificación y que contribuya al conjunto de evidencia:

- Diseño óptimo del estudio y monitoreo de los procesos importantes de implementación para poder comprender el efecto de los diferentes modos de realizar la intervención.
- Normalización de algunas mediciones de resultados que posibiliten contextualización local.
- Indicadores claros y comunes para el seguimiento y la evaluación y medidas normalizadas de esos indicadores, de conformidad con el nivel internacional sobre las acciones prioritarias y/o qué combinación de acciones esenciales deberían analizarse con más profundidad.
- La necesidad de estudios para explorar y registrar las preferencias de aquellos que brindan y reciben atención de manera más detallada y rigurosa.
- La necesidad de datos más detallados sobre la fase de transición a medida que se introducen y se implementan nuevos papeles para los APT.
- Mejor comunicación de los detalles de la intervención y sus resultados para que otros programas u otros países puedan decidir replicarla o implementarla.
- La necesidad de monitoreo sistemático de las intervenciones en el tiempo.
- Los estudios de casos de los países que han implementado políticas para desterrar los APT y los efectos de estas políticas, así como aquellos países que tienen experiencia en implementar estrategias pero que tal vez todavía no estén documentadas en la literatura, como en América Latina.
- Discusión de diseños innovadores de estudios, incluyendo diferentes disciplinas y métodos para mejorar la amplitud de la base de la evidencia.
- Potencial de los APT en VRMM.
- Diseño de programas que pueden capturar y evaluar mejor los componentes individuales en intervenciones múltiples.

RECOMENDACIÓN 7

Atención calificada de maternidad culturalmente apropiada

Introducción

La necesidad de contar con centros de salud culturalmente apropiados es clave al mandato de la OMS en Salud para todos⁵³ y se identificaron competencias culturales de los prestadores y servicios como un área clave de intervenciones en el Marco de IFC de la OMS.⁵⁴ Una reciente revisión sistemática cualitativa confirma la importancia de los factores culturales en las decisiones de las mujeres y familias para utilizar atención de partería calificada.⁵⁵ Los diferentes programas han adaptado los modelos de prestación de servicios o prácticas de servicios para incorporar una atención aceptable y respetuosa, prestadores de salud capacitados, han empleado mediadores e intérpretes y han utilizado enfoques participativos para entablar un diálogo con las comunidades y encarar factores culturales que afectan la utilización de la atención.

Planteamos la pregunta:

¿Qué estrategias destinadas a brindar atención calificada de maternidad culturalmente apropiada llevaron a un aumento del uso de atención calificada para la maternidad antes, durante y después del parto?

RECOMENDACIÓN

Se recomienda mantener un diálogo constante con las comunidades como un componente esencial para definir las características de los servicios de atención de una maternidad de calidad, culturalmente apropiados, para atender las necesidades de las mujeres y los recién nacidos e incorporar sus preferencias culturales.

También se recomienda enfatizar la importancia de incluir mecanismos que garanticen la voz de las mujeres en estos diálogos.

(Recomendación fuerte, calidad de la evidencia muy baja)

Se necesitan más estudios.

⁵³ Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO/UNICEF, UNFPA, and the World Bank. Geneva: World Health Organization; 2005 (http://www.who.int/whosis/mme_2005.pdf, último acceso 7 de enero de 2015).

⁵⁴ Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70173/1/WHO_MPS_09.06_spa.pdf/ Último acceso 26 de noviembre de 2014.

⁵⁵ Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, and Gülmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low-and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reproductive Health*. 2014;11(1):71. doi:10.1186/1742-4755-11-71

Resumen de las evidencias

La evidencia sobre las intervenciones para brindar atención de maternidad culturalmente apropiada se extrajo de una revisión sistemática conducida por Coast, Jones y Lattof (a publicarse en breve).⁵⁶ La revisión se basó en la literatura identificada a través de un mapeo sistemático conducido por Coast y col⁵⁷ y también a través del mapeo de MASCOT/ MH-SAR. Esta literatura fue suplementada con búsquedas manuales de las listas de referencia de revisiones pertinentes y los ítems incluidos en el mapeo, así como otras recomendaciones de los expertos. La revisión buscaba intervenciones diseñadas primaria y explícitamente para brindar atención de maternidad calificada y culturalmente apropiada a determinados grupos etnolingüísticos o religiosos. Entre los ejemplos de las intervenciones consideradas se incluyen aquellas que adaptan modelos de prestaciones de servicios (por ejemplo, el contexto de los servicios, prácticas, materiales y/o idioma) para dar una atención aceptable o culturalmente apropiada, intervenciones para dar capacitación al personal e intervenciones que emplean prestadores de salud o mediadores que comparten características culturales con la población pertinente. Como sugiere el GDG, en este caso también se buscaron estudios de países de altos ingresos, ya que la opinión era que se podrían aprender lecciones de experiencias con diferentes grupos étnicos en estos contextos.

Se identificaron en total 14 estudios que cumplían con los criterios de inclusión. Los estudios fueron realizados mayormente en países de altos ingresos, donde se concentraron en subpoblaciones en Australia, Canadá, Israel, el Reino Unido y los Estados Unidos de América (EE.UU). Un estudio fue realizado en Perú.

Las intervenciones incluían la selección y/o cambios de un prestador de servicios para adaptarse a las características culturales de la población en estudio, cambios del contexto social de los servicios, introducción y/o cambios de las prácticas de los servicios, cambios de la locación de la prestación de servicios, utilización de un modelo participativo para diseñar la intervención, capacitación al personal y cambios de las condiciones físicas del servicio. No hubo suficiente evidencia para determinar cuáles de estas estrategias o cuáles combinaciones de estrategias eran más efectivas.

En el Apéndice 4 se presenta una descripción de las características pertinentes clave de los estudios examinados en esta recomendación.

Para el resultado de parto con un asistente de partería calificado o parto institucional, la calidad de la evidencia fue calificada como muy baja.

⁵⁶ Ver Apéndice 2.

⁵⁷ Coast E, Jones E, Portela A, and Lattof SR. Maternity care services and culture: a systematic global mapping of interventions. *PLoS ONE*. 2014;9(9): e108130. doi:10.1371/journal.pone.0108130

- Dos estudios observacionales informaron sobre este resultado: uno fue un estudio de cohorte prospectivo realizado con una población indígena en Australia (Panaretto y col., 2005); la otra fue un estudio comparativo pre y post conducido con comunidades indígenas quechuas pobres en Perú (Gabrysch y col., 2009). El nuevo modelo de atención del parto en Perú informa aumentos del porcentaje de partos con un APC y partos en el centro de salud con el tiempo. Un nuevo modelo de APN en Australia mostró que las mujeres que asistían al programa daban más a luz en el hospital. Calidad de la evidencia: muy baja.

Para el resultado de atención con un asistente de partería calificado o en un centro en caso de complicaciones/ patología en mujeres, la calidad de la evidencia fue calificada como muy baja.

- Dos estudios retrospectivos con grupos de control informaron sobre este resultado. Parsons y Day (1992) midieron el efecto de los defensores de salud en consultas por atención realizadas por mujeres turcas y asiáticas en el RU, mientras que Thompson y col. (1998) examinaron el efecto del manejo de casos de enfermería y visitas domiciliarias sobre las consultas entre las mujeres mexicoamericanas de alto riesgo y bajos ingresos en EE.UU. Ambos estudios informan acerca de ingresos prenatales y duración de la estadía pero no brindan datos sobre el uso de asistentes de partos calificados al nacimiento. En el estudio de Parsons y Day (1992), la duración de la estadía fue significativamente menor en el grupo de intervención de los defensores de salud, pero no hubo diferencias entre los grupos en el estudio de Thompson y col. (1998). Los ingresos prenatales fueron demasiado pocos como para calcular diferencias estadísticas en el estudio de Thompson y col. (1998) pero el estudio halló más ingresos de pacientes y consultas a emergencia en el grupo de intervención. En el estudio de Parsons y Day (1992), los ingresos prenatales se mantuvieron iguales con la intervención de los defensores de salud y aumentó en el grupo control. Calidad de la evidencia: muy baja.

Para el resultado de uso de APN, la calidad de la evidencia fue calificada como muy baja.

- Once estudios observacionales informaron sobre este resultado. Todos los estudios fueron realizados en países de altos ingresos con mujeres de minorías étnicas: cinco en Australia con aborígenes indígenas pobladores del Estrecho de Torres (Jan y col., 2004; Kildea y col., 2012; Nel y Pashen, 2003; Panaretto y col., 2005; Panaretto y col., 2007); tres en grupos de minorías estadounidenses que incluyeron adolescentes embarazadas con alto riesgo de malos resultados (Julnes, 1994; Jewell y Russell, 2000; Thompson, Curry y Burton, 1998); dos en el Reino Unido con mujeres asiáticas y turcas (Parsons y Day, 1992; Mason, 1990); y uno en Israel con mujeres beduinas (Bilenko, Hammel y Belmaker, 2007). Las intervenciones incluyeron promotores de la salud, enlaces o agentes trabajando para mujeres; la

contratación de personal de la salud indígena; apoyo de grupos o individual; visitas domiciliarias o en la clínica; y servicios de transporte. Los resultados generales indican un efecto positivo de las intervenciones culturalmente apropiadas sobre el uso de APN. Ocho estudios mostraron mejoras en diversas medidas de utilización de atención prenatal, incluyendo índices de la idoneidad de APN, aumentos de la cantidad de visitas, o aumentos de las mujeres que hacían al menos seis visitas de APN (Bilenko, Hammel y Belmaker, 2007; Jan y col., 2004; Jewell y Russell, 2000; Julnes, 1994; Kildea y col., 2012; Nel y Pashen, 2003; Panaretto y col., 2005; Panaretto y col., 2007). Tres informan ausencia de diferencias en el uso de APN entre aquellos que recibían la intervención y los controles (Mason, 1990; Parsons y Day, 1992; Thompson, Curry y Burton, 1998). Calidad de la evidencia: muy baja

Para el resultado de visitas de atención del puerperio para mujeres, la calidad de la evidencia fue calificada como baja.

- Un estudio ECA (Marsiglia, Bermudez-Parsai y Coonrod, 2010) informó sobre este desenlace en mujeres embarazadas hispanas/latinas de bajos ingresos en EE.UU. Los resultados muestran un beneficio del intermediario cultural: la probabilidad de que la mujer concurriera a los controles posparto fue 2,5 veces mayor en el grupo de intervención y las mujeres que se reunieron con los socios prenatales (agentes culturales) más a menudo fueron más propensas a concurrir a la visita posparto. Calidad de la evidencia: baja.

Consideraciones a tener en cuenta para la implementación

Las consideraciones de implementación fueron informadas en un trabajo de antecedentes preparado por Coast, Lattof y Jones (2014)⁵⁸ sobre los factores, contexto y condiciones que afectan la implementación.

El GDG solicitó que, pese a la redacción de la recomendación, la implementación de esta intervención no debería limitarse al diálogo (comunicación), sino que también debería ofrecer la oportunidad de participar y transformar la forma en que se ofrecen los servicios y las relaciones entre la comunidad y los servicios de salud.

En los 14 estudios identificados se emplearon diferentes intervenciones para brindar servicios de atención de maternidad culturalmente apropiados. La mayoría de los estudios mostraron que estos ajustes se tradujeron en un aumento de la satisfacción con los servicios. Estas intervenciones podrían incluir uno de los siguientes elementos, o una combinación de ellos: establecer, mejorar y evaluar el diálogo entre las comunidades, formuladores de políticas, instituciones y prestadores de salud; utilización de agentes culturales como mediadores; integración de personal de la salud culturalmente congruente (personal lego y capacitado); adaptación de las prácticas de los servicios a un contexto

⁵⁸ Ver Apéndice 2.

cultural donde fuere apropiado y factible; y utilización y establecimiento de enfoques respetuosos centrales a los diálogos dentro y entre las comunidades, instituciones, prestadores de salud y políticas.

Solo tres estudios informaron sobre los costos y fueron muy específicos para su contexto.

Dado que es imposible aislar las creencias culturales y el comportamiento del contexto social y económico en el que se dan, es probable que las intervenciones sean más sustentables cuando se emplean un enfoque participativo. Se deben adoptar medidas para apoyar a las mujeres, integrantes de la comunidad y grupos comunitarios, prestadores e instituciones para establecer y mantener un diálogo respetuoso.

Para los prestadores de salud, la promoción de diálogo con las comunidades debería estar incorporado a su formación y debería ser apoyado y evaluado a lo largo de sus carreras. Se debe contar con políticas a nivel nacional y local para establecer un ambiente habilitador y apoyar el diálogo con las comunidades.

La cultura no es estática, y se tiene que reconocer, prever e incorporar su dinamismo en los servicios de atención de maternidad. Hay que evitar cualquier tipo de consecuencias perjudiciales de estereotipos culturales. Los servicios diseñados para poblaciones específicas deben tener en cuenta el posible daño de los estigmas asociados. Se deben hacer esfuerzos por comprender los factores culturales que afecten el uso de atención en el contexto pertinente a través de estudios previos y/o participación de la comunidad en el diseño de la intervención.

Al establecer un diálogo respetuoso con las comunidades, el GDG destacó la necesidad de considerar lo siguiente:

- Reconocer y encarar la dinámica de poderes.
- Hacer vínculos con una atención de maternidad respetuosa.
- Que las poblaciones vulnerables no sean perjudicadas.
- Reconocer las jerarquías de género en las instituciones.
- La capacitación de los prestadores antes de comenzar a trabajar y una vez que están en servicio tiene que tener en cuenta las competencias culturales, y los centros de capacitación clínica deben modelar estas prácticas.
- El idioma es una parte importante de las consideraciones culturales.
- Dar apoyo a los servicios de salud estatales para fortalecer las destrezas como mediadores juntando toda una serie de actores para el diálogo con las comunidades.

Lagunas en la investigación

Sería útil realizar más estudios de diseño robusto que midan el aporte del diálogo cultural dentro de un paquete de intervenciones dirigidas a aumentar el acceso a

atención calificada en el parto. Sin embargo, hay una serie de elementos que es preciso normalizar y definir para que la investigación futura contribuya a todo un conjunto de evidencia y no simplemente a estudios dispares:

- Los estudios deben buscar un diseño óptimo y deberían documentar aspectos importantes de los procesos de modo a permitir la investigación de la implementación y llegar a comprender el efecto de las diferentes modalidades de realizar la intervención.
- Los estudios deben normalizar algunas de las mediciones de resultados, teniendo en cuenta la posibilidad de contextualización local y medidas adicionales más allá de los resultados de salud tradicionales, incluyendo la satisfacción de las mujeres con los servicios, el fortalecimiento de los servicios y las relaciones con la comunidad.
- Los estudios deben incluir indicadores claros y comunes para el seguimiento y la evaluación y las mediciones normalizadas de estos y deben usar métodos estándar para capturar las opiniones de las mujeres, la comunidad y el personal de la salud en los servicios de salud y su calidad.
- Es preciso que haya acuerdo sobre las acciones prioritarias y/o qué combinaciones de acciones esenciales habría que seguir estudiando.
- Se necesitan estudios de intervención que brinden una evidencia más fuerte del impacto.
- En los casos en que las intervenciones sean complejas, se las debe complementar con estudios cualitativos y/u otros estudios que puedan aislar los componentes de la intervención responsables de los resultados.
- Los estudios deben examinar y presentar información sobre el uso de recursos donde sea posible.
- Se deben priorizar los estudios realizados en países de baja y media renta.
- En los casos en los que una intervención se diseñe explícitamente para abordar factores culturales, el público objetivo debe proporcionar suficientes detalles al informar para que se pueda comprender cómo se encararon los factores culturales y cómo se implementó la intervención.
- Al redactar los estudios, los autores deben dar información más detallada sobre el contenido de las intervenciones y cómo se implementaron.
- En algunas regiones se han hecho algunos avances (por ejemplo, en ALC) desarrollando e incluyendo políticas y normas de atención con un enfoque intercultural. Hay que desarrollar estudios de casos de estos programas para extraer las lecciones aprendidas.
- Se debe emprender un examen de los programas de estudio y de entrenamiento de los profesionales de la salud para determinar hasta qué grado se han incluido la sensibilidad cultural y las competencias.

Un grupo de expertos puede establecer competencias culturales esenciales que se puedan adaptar a los niveles locales y nacionales e incorporarse a los cursos de formación o a los programas de estudios de los profesionales de la salud.

- Se puede utilizar un enfoque de diálogo intercultural como base para promover la investigación colaborativa hacia estudios simultáneos y/o en múltiples centros, con orientación a los que proveen los fondos.

RECOMENDACIÓN 8

Acompañante elegido para el parto

Introducción

El acompañante elegido por la mujer en el centro durante el trabajo de parto y el parto ha sido el tema de una revisión reciente de las *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto*.⁵⁹ En estas guías la intervención se refirió a la compañía continua durante el trabajo de parto y el parto. En esta guía hemos adaptado esa terminología. La recomendación se hizo en un intento por mejorar los desenlaces del trabajo de parto, y se la incluye en el presente documento. Dado que estas guías se concentran en intervenciones de promoción de salud para mejorar la SMN, se ha dado prioridad a otros dos resultados: el uso de atención de partería calificada/ parto institucional (para el parto subsiguiente) y la satisfacción de las mujeres con la atención recibida.

Planteamos la pregunta:

¿El hecho de permitirle a la mujer elegir quien la acompañe durante el trabajo de parto y el parto en el centro o en presencia de un asistente de partería calificado lleva a aumentar los partos con asistente de partería calificado/ partos institucionales y a mejoras en las percepciones de calidad de atención?

RECOMENDACIÓN

Se recomienda un acompañamiento continuo durante el trabajo de parto y el parto para mejorar la satisfacción de las mujeres con la atención recibida.

(Recomendación fuerte, calidad de la evidencia moderada)

El GDG también avaló las recomendaciones de una guía de la OMS existente, *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto*.⁶⁰

⁵⁹ Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 http://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf.

⁶⁰ Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 http://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf/ Último acceso 7 de enero de 2015.

Se recomienda que haya un acompañamiento continuo durante el trabajo de parto y el parto para mejorar los desenlaces del trabajo de parto.

(Recomendación fuerte, calidad de la evidencia moderada)

Resumen de las evidencias

La evidencia sobre el efecto de acompañamiento continuo durante el trabajo de parto se extrajo de una revisión sistemática Cochrane de 22 ensayos (> 1500 mujeres).⁶¹ Los ensayos fueron realizados en países de bajo, medios y altos ingresos en el mundo (Australia, Bélgica, Botsuana, Brasil, Canadá, Chile, Finlandia, Francia, Grecia, Irán, Guatemala, México, Nigeria, Suecia, Sudáfrica, Tailandia y EE.UU). Las rutinas y las instalaciones hospitalarias variaron considerablemente en los diferentes contextos. El soporte continuo se definió de forma ligeramente diferente en los diferentes ensayos, pero fundamentalmente a las mujeres se las acompañó por lo menos durante las fases activas del trabajo de parto. Los acompañantes variaron en los diferentes ensayos: algunas veces fueron las compañeras del trabajo de parto o doulas las que dieron el apoyo, mientras que en otros ensayos fue una pariente mujer o el esposo quienes estuvieron presentes durante todo el trabajo de parto.⁶² Los acompañantes podían recibir capacitación para dar soporte a las mujeres, tener muy poca capacitación, o incluso ninguna.

Para el resultado de parto subsiguiente con un asistente de partería calificado o parto institucional

- Ningún estudio informó sobre este resultado. No se hicieron recomendaciones.

Para el resultado de satisfacción con la experiencia del parto, la calidad de la evidencia fue calificada como moderada.

- Once ECA informaron sobre este resultado. Las mujeres que tuvieron un apoyo continuo en relación uno a uno durante el trabajo de parto fueron menos propensas a calificar negativamente la experiencia del parto o tener sentimientos negativos. (11 ensayos, n = 11.133, promedio RR 0,69, IC 95% 0,59 a 0,79, I² 63%, t² 0.03).⁶³ La efectividad del soporte continuo para reducir la probabilidad de insatisfacción con la experiencia del parto o visión negativa pareció ser más fuerte en contextos en los que no se dispone de rutina de analgesia

⁶¹ Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ and Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013;(7): CD003766. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub5/ Último acceso 7 de enero de 2015.

⁶² Ver recomendación 12, página 32 de las Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 http://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf / último acceso 7 de enero de 2015.

⁶³ Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ and Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013;(7): CD003766. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub5.

epidural y cuando el prestador no era ni un miembro del personal ni parte de la red social de la mujer. El grupo de control varió un poco: cinco estudios compararon el soporte continuo con soporte intermitente (Breart y col., 1992 Bélgica; Breart y col., 1992 Francia; Hodnett y col., 2002; Hofmeyr y col., 1991; Kennell y col., 1991); dos con atención de rutina (descripción incompleta) (Langer y col., 1998; Morhason-Bello y col., 2009); o sin presencia de compañía (Bruggemann y col., 2007; Torres y col., 1999); y un estudio (Dickinson y col., 2002) estipuló ausencia de partera y se alentó a las mujeres a hacerse una epidural. En el estudio final se permitió a las mujeres tener una persona de apoyo que ellas mismas hubieran elegido (Campbell y col., 2006).

Consideraciones a tener en cuenta para la implementación

El GDG identificó los siguientes puntos de las recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto.⁶⁴

- El GDG reconoció que el soporte psicosocial continuo tal vez no necesariamente reduzca la necesidad de conducción del trabajo de parto pero hizo la recomendación sobre la base de otros beneficios sustanciales para las mujeres y sus bebés.
- El GDG hizo notar que a menudo los países y los diseñadores de políticas son reticentes a implementar esta intervención en la práctica a pesar de la evidencia de respaldo, que ha estado disponible durante muchos años. El grupo concordó en la necesidad de ahondar esfuerzos para alentar a los posibles ejecutores a diferentes niveles de prestación de atención sanitaria.
- El GDG analizó los aspectos de privacidad, las inclinaciones culturales y el uso de recursos a menudo planteados como preocupaciones para implementar esta intervención y acordó que se pudieran usar medidas simples para permitir a las parientes de sexo femenino acompañar a las mujeres durante el trabajo de parto como maneras costo-efectivas y culturalmente sensibles de hacer frente a estas inquietudes.
- La evidencia respalda el uso de cualquier tipo de compañía culturalmente apropiada, incluyendo esposos y profesionales legos, como doulas.

El GDG identificó los siguientes puntos de las recomendaciones de la OMS para intervenciones de promoción de salud destinadas a mejorar la SMN:

- En cuanto a la última viñeta arriba mencionada, el apoyo continuo de una persona que esté presente exclusivamente para dar apoyo, no parte de la red social de la mujer y que tenga por lo menos un poco de experiencia o adiestramiento parece sumamente apoyo continuo de una persona que esté presente exclusivamente para dar apoyo, no parte de la red social de la mujer y que tenga por lo menos un poco

⁶⁴ Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 http://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf).

de experiencia o adiestramiento parece sumamente beneficioso. Comparado con la ausencia de compañía durante trabajo de parto, el apoyo de un miembro elegido de la familia o un amigo parecer aumentar la satisfacción de las mujeres con su experiencia de dar a luz. Cada decisión debe ser hecha según el contexto y debe ser la mujer la que decida.

- Es importante definir la capacitación - de hacerse alguna - que debería recibir el/la acompañante. Mientras que la evidencia no indicaba que se necesitara capacitación para que las intervenciones fueran eficaces, el GDG hizo notar que los diferentes países toman diferentes enfoques, como una sesión de orientación, tutoriales o tarjetas con instructivos.
- Los ambientes de parto de las mujeres deben ser empoderadores, no estresantes, respetuosos de su privacidad, deben comunicar respeto y valorar las preferencias de las mujeres en cuanto a compañía. La aplicación de esta intervención requiere apoyo de las políticas de la institución y reflexión y acción sobre las consideraciones de privacidad, posible modificación del espacio físico en el centro, sensibilización y capacitación de los trabajadores de la salud para aumentar la aceptación y los modos de orientar el acompañante elegido.
- Paralelamente se debe implementar una estrategia de sensibilización hacia la aceptación del acompañante por parte de los profesionales de la salud, la comunidad y las mujeres.
- Las mujeres deberían ser capaces de elegir la compañía. Esto es de suma importancia y debe manifestarse claramente.
- Cuando el/la acompañante es un miembro de la familia, sus funciones deben ser manifestadas claramente, ya que podría haber algunas dificultades entre profesionales de la salud y el/la acompañante.

Lagunas en la investigación

La investigación futura debe enfocarse en la implementación e introducir un acompañante al parto en contextos específicos para ayudar a los países a adaptar la política y aumentar su escala a nivel nacional. El GDG identificó algunos vacíos más en la investigación, específicos para esta intervención.

- Recopilar las lecciones aprendidas de los países donde ya se haya implementado.
- Establecer indicadores comunes para medir el éxito de la intervención del acompañante sobre los resultados de salud materna y neonatal y sobre la satisfacción de las mujeres con la atención recibida.
- Medir los diferentes costos involucrados, incluyendo la capacitación del personal y el/la acompañante, el ajuste del espacio físico, etc.
- Valorar el impacto sobre el comportamiento de concurrir por atención en los partos ulteriores.

RECOMENDACIÓN 9

La movilización de la comunidad a través de aprendizaje participativo facilitado y ciclos de acción con grupos de mujeres

Introducción

Además de las intervenciones clave identificadas en el Marco IFC original en 2003, la secretaría técnica se abrió a la evidencia emergente sobre otras intervenciones relacionadas para la promoción de salud destinadas a mejorar la SMN. A las preguntas clave de investigación se agregó una pregunta específica sobre la efectividad de la movilización de la comunidad a través del aprendizaje participativo y los ciclos de acción con grupos de mujeres. Se la incluyó debido al interés generado por la investigación sobre este tema, incluyendo una revisión sistemática publicada y un meta análisis de ensayos clínicos aleatorizados.⁶⁵

La movilización de la comunidad a través de un aprendizaje participativo facilitado y ciclos de acción con grupos de mujeres consiste en un proceso participativo de cuatro pasos llevado a cabo por personal capacitado, en el que los grupos de mujeres colectivamente deciden las acciones prioritarias y tratan de organizar las actividades de acuerdo a ello. El ciclo se estructura de la siguiente manera: Fase 1, identificar y priorizar los problemas durante el embarazo y el parto y después del parto; Fase 2, planificar las actividades; Fase 3, implementar estrategias para abordar los problemas prioritarios; y Fase 4, valorar las actividades.⁶⁶

Planteamos la pregunta:

¿Cuáles son los impactos que tiene sobre la SMN la movilización de la comunidad a través del aprendizaje participativo facilitado y los ciclos de acción con grupos de mujeres?

El DGD hizo una recomendación en 2013, publicada a principios del 2014. (Por una descripción completa de los métodos, por favor, ver *la recomendación de la OMS sobre la movilización de la comunidad mediante el aprendizaje participativo facilitado y los ciclos de acción para la salud materna y neonatal con grupos de mujeres*).⁶⁷

⁶⁵ Prost A, Colbourn T, Seward N, Azad K, Coomarasamy A, Copas A et al. Women's groups practising participatory learning and action to improve maternal and newborn health in low-resource settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2013; 381(9879):1736-46. doi:10.1016/S0140-6736(13)60685-6.

⁶⁶ Prost A, Colbourn T, Seward N, Azad K, Coomarasamy A, Copas A et al. Women's groups practising participatory learning and action to improve maternal and newborn health in low-resource settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2013; 381(9879):1736-46. doi:10.1016/S0140-6736(13)60685-6.

⁶⁷ WHO recommendation on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health. Geneva, World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community-mobilization-maternal-newborn/en/, acceso el 14 de enero de 2015).

RECOMENDACIÓN

Se recomienda implementar la movilización de la comunidad a través del aprendizaje participativo facilitado y ciclos de acción con grupos de mujeres para mejorar la salud materna y neonatal, particularmente en contextos rurales con bajo acceso a los servicios de salud.

(Recomendación fuerte, calidad de la evidencia moderada)

La implementación del aprendizaje participativo facilitado y los ciclos de acción con grupos de mujeres debe concentrarse en crear un espacio para discusión donde las mujeres puedan identificar los problemas prioritarios y abogar por soluciones locales para la salud materna y neonatal.

La evidencia referente al efecto positivo de la intervención sobre la mortalidad del recién nacido fue más clara que la evidencia de su efecto sobre los resultados de salud materna y de concurrir a consulta. Es preciso estudiar más el tema para poder comprender mejor los efectos sobre estos otros resultados y los efectos en diferentes contextos.

El GDG recomendó implementar esta intervención siguiéndola y evaluándola bien de cerca para garantizar una implementación de alta calidad y con previa adaptación al contexto local. Toda intervención diseñada para aumentar el acceso a los servicios de salud debe implementarse en tándem con estrategias destinadas a mejorar los servicios de salud. En aquellas instancias en las que la calidad de servicios es mala, es comprensible que las mujeres opten por no usarlos pese a los esfuerzos de movilización.

Resumen de las evidencias

La evidencia proviene de dos fuentes principales, todo elaborado por dos grupos de investigación vinculados.⁶⁸ La primera fue una revisión sistemática publicada y un meta análisis de ensayos clínicos aleatorizados de grupos de mujeres que participaban en acción y aprendizaje participativos.⁶⁹ En la revisión sistemática se incluyeron siete ensayos realizados en Bangladesh, India, Malawi y Nepal. La segunda fuente fue otro meta análisis no publicado de resultados secundarios (parto institucional, parto con un asistente de partería calificado, cualquier atención prenatal y número recomendado de visitas de atención prenatal), realizado por Tim Colburn y Audrey Prost de University College London.

⁶⁸ Los siete estudios que figuran en el meta análisis fueron conducidos y publicados por miembros del mismo equipo que también condujo la revisión sistemática y el meta análisis...

⁶⁹ Prost A, Colbourn T, Seward N, Azad K, Coomarasamy A, Copas A et al. Women's groups practising participatory learning and action to improve maternal and newborn health in low-resource settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2013;381(9879):1736-46. doi:10.1016/S0140-6736(13)60685-6.

En ésta se utilizaron los mismos métodos que para la revisión original y se realizó a solicitud de la OMS.

Para analizar los meta análisis publicados, Prost y col. (2013) dividieron los estudios en los de alta cobertura (> 30% de mujeres embarazadas en el área de intervención que es alcanzada por la intervención) y ensayos de baja cobertura (los otros estudios). Aquí mantuvimos la terminología.

Para el resultado de parto con un asistente de partería calificado o parto institucional, la calidad de la evidencia fue calificada desde muy baja a baja.

- En el meta análisis no publicado de Prost y col. (2013) de los resultados de no mortalidad (usando los mismos métodos que con sus meta análisis publicados) no se encontró evidencia de que la intervención tuviera un efecto con los grupos de mujeres en cuanto a las probabilidades de dar a luz en una institución o con un APC.

Para el resultado del uso de APN, la calidad de la evidencia fue catalogada como entre muy baja y baja.

- Tampoco hubo efecto sobre el uso de atención prenatal (que recibieran alguna visita/ que recibieran el número recomendado de visitas).

Para el resultado de mortalidad materna, la calidad de la evidencia fue muy baja.

- Hubo una reducción de la mortalidad materna con intervalos de confianza cercanos a la ausencia de efecto (OR: 0,63, IC 95%; 0,32-0,94). Asimismo, solo dos de cada cuatro ensayos de alta cobertura (estudios donde > 30% de las mujeres embarazadas en el área de intervención fueran alcanzadas por la intervención) mostraron un efecto sobre la mortalidad materna.

Para el resultado de mortalidad neonatal, la calidad de la evidencia fue moderada.

- Hubo una reducción de la mortalidad neonatal (OR: 0,77, IC 95%; 0,65-0,90). Los cuatro ensayos de alta cobertura (donde > 30% de las mujeres embarazadas en el área de intervención fueran alcanzadas por la intervención) informan efectos sobre este resultado.

Consideraciones a tener en cuenta para la implementación

Las siguientes consideraciones fueron identificadas por el GDG a partir de las recomendaciones de la OMS sobre la movilización de la comunidad a través de aprendizaje participativo facilitado y ciclos de acción para la salud materna y neonatal con grupos de mujeres.⁷⁰

⁷⁰ WHO recommendation on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health. Geneva, World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community-mobilization-maternal-newborn/en/, acceso el 27 de noviembre de 2014).

Las consideraciones de implementación fueron informadas por otro documento adicional de antecedentes que detalla el contexto y las condiciones en las que se realizaron los siete ensayos, elaborado por integrantes del mismo grupo de investigación (Rosato, Prost y Costello, 2014).⁷¹ Este documento destaca factores que influyen en la implementación y los resultados y fue actualizado luego de la reunión de julio a solicitud del GDG, para abordar más explícitamente los posibles daños y beneficios y el proceso de implementación en dos sitios.

El GDG recomendó que se implementara esta intervención con un seguimiento cercano y evaluación para garantizar una implementación de alta calidad y con adaptación previa al contexto local. Todas las intervenciones diseñadas con el fin de aumentar el acceso a los servicios de salud deben implementarse en tándem con estrategias destinadas a mejorar los servicios de salud. En los casos en los que la calidad de los servicios es mala, es comprensible que las mujeres elijan no usarlos pese a los esfuerzos de movilización.

El GDG también hizo notar que esta recomendación debe considerarse en conjunción con las consideraciones de implementación indicadas a continuación.

- Para tener impacto, el período de tiempo de la intervención no debería ser menor a tres años.
- Tiene que haber una adecuada cobertura de la intervención en términos de la densidad de los grupos en la población. Existe una cierta evidencia que indica que la intervención podría tener mejores resultados si participan más de 30% de las mujeres embarazadas; sin embargo, actualmente la evidencia no es definitiva. El efecto también puede variar según el contexto, por ejemplo, puede depender de la existencia previa, de la fortaleza y la cohesión de las redes sociales locales.
- Los facilitadores de alta calidad son claves para establecer y mantener los grupos y ayudarlos a ser efectivos; por lo tanto, es esencial que estén bien capacitados y que reciban apoyo.
- Aun siendo una intervención en la comunidad, como toda intervención a gran escala, debe ser respaldada por las estructuras, los sistemas y procesos adecuados. Por ejemplo, para poder actuar de manera efectiva cada facilitador debe ser responsable de no más de 8-10 grupos por mes y debe contar con los recursos como para hacerlo.
- La implementación debe incluir la sensibilización acerca de los posibles daños (violencia de género, conflicto con prestadores de salud u otros miembros de la comunidad, etc.). Debe hacerse un seguimiento de los daños potenciales durante todo el transcurso de la implementación, para poderlos manejar.
- Es esencial contar con apoyo político a nivel nacional y local.

⁷¹ Ver Apéndice 2.

- La intervención debe adaptarse de forma tal de reflejar el contexto de cada país, y sus capacidades y limitaciones particulares.
- Es probable que la implementación de la intervención como parte de las estrategias y los planes de desarrollo de la salud comunitaria nacional u otras estructuras de desarrollo comunitario aumenten la cobertura y la sostenibilidad.
- Los grupos de mujeres no deben operar aisladamente. Para ser efectivos necesitan la cooperación de otros grupos sociales, por ejemplo, reconociendo el valor de la salud materna y neonatal, y dando servicios de salud responsables y que den respuestas. La cooperación de algunos sectores fuera del área de la salud puede llegar a ser crucial al implementar los planes de los grupos, por ejemplo, mantenimiento de caminería.
- Entre los factores locales específicos que pudieran ser pertinentes para la implementación, se incluyen:
 - El antecedente de participación en las comunidades y la existencia de otros grupos. Las estructuras locales de toma de decisiones y los procesos deben ser tenidos en cuenta en el diseño o la implementación.
 - Se necesitan datos sobre las barreras locales y los facilitadores de la implementación y la aceptabilidad de la intervención para las mujeres.
 - La implementación debe considerar el papel de los hombres y otros miembros de la comunidad (por ejemplo, grupos religiosos, suegras) y cómo y cuándo participan en el proceso.
 - El diseño del proceso utilizado con los grupos debe adaptarse según los grupos en cuestión, por ejemplo, teniendo en cuenta los niveles educativos, alfabetismo, preferencias por métodos orales más que visuales, etc.
 - Al desarrollar el enfoque, es preciso considerar la mezcla de grupos étnicos, religión, casta y otras categorías sociales que afecten la dinámica del grupo, por ejemplo, cómo y dónde se forman los grupos.
- Otros beneficios adicionales no sanitarios.
- Posibles daños de estos tipos de intervenciones.
- Estrategias para encarar la posible tensión con los hombres en aquellos contextos donde haya sensibilidad a que se reúnan las mujeres o posibles perjuicios.
- Barreras y facilitadores para la implementación.
- Aceptabilidad de la intervención a mujeres.
- Si la intervención lleva o no a que las mujeres mismas y la sociedad en general aumenten el valor para las mujeres.
- Procesos y calidad (por ejemplo, facilitación) de la implementación.
- Si es preciso o no que una cierta proporción de mujeres embarazadas participe en los grupos para lograr un impacto sobre la salud materna y neonatal.
- Sostenibilidad, como durante cuánto tiempo se necesitan insumos externos, y los procesos necesarios para aumentar la escala de la intervención.

Se sugirió que por ejemplo, se pudieran sintetizar los datos cualitativos, de las evaluaciones de los procesos. Esa síntesis podría ayudar a responder algunas de las preguntas que quedan pendientes sobre esta intervención.

RECOMENDACIÓN 10

Participación de la comunidad en la Vigilancia y Respuesta a la Mortalidad Materna (VRMM)

Introducción

Tal como se indicara en el documento de conceptos y estrategia del Marco de IFC,⁷² se reconoce que para poder asumir un papel para mejorar la SMN, las comunidades necesitan información sobre las necesidades locales referentes a la salud materna y neonatal. Hay diferentes metodologías y herramientas que han sido diseñadas para que los sistemas de salud puedan recabar información sobre la morbilidad materna y del recién nacido. Varias de ellas reconocen el valor de la comunidad como fuente de información.

En los últimos años, particularmente bajo la Estrategia Mundial del Secretario General de ONU para la Salud de Mujeres y Niños⁷³ y la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y

⁷² Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_fch_rhr_0311/en/index.html, Último acceso el 15 de marzo de 2015). http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70173/1/WHO_MPS_09.06_spa.pdf

⁷³ Estrategia Mundial de la Salud de las Mujeres y los Niños del Secretario General de las Naciones Ginebra: Organización Mundial de la Salud ; 2010 (http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/201009_gswch_sp.pdf?ua=1, Último acceso el 26 de noviembre de 2014).

Lagunas en la investigación

La evidencia del efecto positivo de la intervención sobre la mortalidad del recién nacido fue más clara que la evidencia de su efecto sobre los desenlaces de salud materna y consultas médicas. Se necesita investigar más para mejorar nuestra comprensión de los efectos sobre estos otros resultados y los efectos en diferentes contextos. Sería útil contar con más información sobre:

- Esta intervención en áreas urbanas.
- Esta intervención en paralelo con medidas más fuertes de mejora de la calidad destinadas a los servicios de salud y su impacto sobre el comportamiento de consulta por asistencia.
- Aprendizaje participativo y ciclos de acción con otros grupos de la población (a saber, hombres, abuelas, etc.)

TABLA 3

Tipo de participación comunitaria por estudio caracterizado usando el Espectro de Participación⁷⁴

EXTENSIÓN	CONSULTA	INVOLUCRAMIENTO	COLABORACIÓN	LIDERAZGO COMPARTIDO
	UNICEF (2008)	Hossain y Ross (2006)		
		UNICEF (2008)		

Modificado de la Asociación Internacional para Participación Pública, 2004.

el Niño, se le ha prestado más atención a la Vigilancia y Respuesta a la Mortalidad Materna y Perinatal ya que contribuye a mejorar la información para la acción promoviendo la identificación de rutina y la notificación oportuna de defunciones maternas, examen de las defunciones maternas, y la implementación y monitoreo de los pasos para evitar que se repitan defunciones similares en el futuro.

La participación comunitaria en este proceso puede ayudar a dar información más exacta sobre la cantidad de defunciones y dónde y por qué fallecieron las mujeres. La participación de la comunidad en el análisis de la información y en la identificación de posibles soluciones puede ayudar a atender los determinantes sociales, satisfacer las necesidades de la comunidad, e incorporar una serie de actores en la respuesta. Los miembros de la comunidad pueden participar como informantes de las familias aportando información en las investigaciones de muerte materna (y perinatal) o en presentaciones de datos resumidos para identificar modos de mejorar los desenlaces de la salud. Los niveles de participación pueden variar, por ejemplo, desde dar sus opiniones hasta la toma de todas las decisiones. Los mecanismos de prestación pueden incluir el involucrar a los representantes de la comunidad en el grupo de coordinación de VRMM, u organizando reuniones con grupos de la comunidad para conversar sobre las defunciones maternas, sus causas y posibles soluciones.

Planteamos la pregunta:

¿Qué estrategias que fomentan la participación de las comunidades en el análisis y difusión de la información sobre muertes maternas y perinatales son efectivas para aumentar los partos con un asistente de partería calificado o partos institucionales y mejorar otros resultados clave de salud materna y neonatal?

RECOMENDACIÓN

Dada la poca evidencia disponible, se recomienda seguir investigando.

Como principio, el GDG afirma la importancia de compartir la información sobre las defunciones relacionadas con el embarazo con las comunidades, incluyendo la discusión de los diferentes factores que provocan estas defunciones y que afectan el acceso a atención calificada.

Resumen de la evidencia

La evidencia sobre las intervenciones dirigidas a involucrar a las comunidades en el análisis y difusión de información de los exámenes de muertes maternas y perinatales se extrajo de una revisión sistemática conducida por Marston y col. (a publicarse en breve).⁷⁵ El examen se basó en la literatura identificada a través del mapeo de MASCOT/MH-SAR y a través de dos distintas revisiones sistemáticas existentes identificadas.⁷⁶ Se incluyeron dos estudios. Un estudio⁷⁷ tuvo lugar en Dinajpur, Bangladesh e incluyó revisiones como parte de una intervención más amplia donde se hicieron reuniones con la comunidad, en las que se compartieron los hechos generales sobre la mortalidad materna y los resultados de un diagnóstico comunitario que incluía entrevistas en profundidad con las familias que habían sufrido una muerte materna recientemente y que daban su consentimiento para analizar qué factores podrían haber contribuido a dicha defunción. Este programa buscaba aumentar el uso de atención calificada por complicaciones obstétricas. El otro estudio⁷⁸ fue específicamente sobre revisiones de muerte materna y perinatal usando un cuestionario de autopsia verbal detallado realizado en seis estados de la

⁷⁴ Durante las últimas décadas, especialistas que participan en la comunidad e investigadores desarrollaron numerosos marcos para ilustrar diferencias cualitativas sobre cómo las comunidades participan en su propio desarrollo y en los programas de desarrollo. Recientemente, OMS/MCA adaptó un marco desarrollado por la Asociación Internacional para la Participación Pública (2004) para uso en el sector de la salud. El espectro incluye cinco niveles extensión, consulta, involucramiento, colaboración y liderazgo compartido, descrito en el material suplementario. Ver (<https://www.iap2.org.au/documents/item/84>, https://www.iap2.org.au/Tenant/C0000004/00000001/files/IAP2_Public_Participation_Spectrum.pdf Último acceso el 23 enero de 2015).

⁷⁵ Ver Apéndice 2.

⁷⁶ (1) Lee AC, Lawn JE, Cousens S, Kumar V, Osrin D, Bhutta ZA, et al. Linking families and facilities for care at birth: what works to avert intra-partum related deaths. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 2009;107(Suppl 1):S65-85, S86-8. doi:10.1016/j.ijgo.2009.07.012.; (2) Marston C, Renedo A, McGowan CR and Portela A. Effects of community participation on improving uptake of skilled care for maternal and newborn health: a systematic review. *PLoS ONE*. 2013;8(2): e55012. doi:10.1371/journal.pone.

⁷⁷ Hossain J and Ross, SR. The effect of addressing demand for as well as supply of emergency obstetric care in Dinajpur, Bangladesh. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 2006;92(3):320-8. doi:10.1016/j.ijgo.2005.09.029.

⁷⁸ Maternal and Perinatal Death Inquiry and Response: Empowering communities to avert maternal deaths in India. New Delhi: United Nations Children's Fund; 2008 (http://www.unicef.org/india/MAPEDIR-Maternal_and_Perinatal_Death_Inquiry_and_Response-India.pdf, Último acceso el 26 de Noviembre de 2014).

India. Como surge de la siguiente tabla, en un espectro de participación de la comunidad, por el que los integrantes de la comunidad se involucran cada vez más en acciones vinculadas a la salud en su comunidad, el tipo de participación de la comunidad en cada estudio se definió como involucrado.

En el Apéndice 4 se presenta una descripción de las características pertinentes clave de los estudios examinados en esta recomendación.

Para el resultado de parto con un asistente de partería calificado o parto institucional, la calidad de la evidencia fue calificada como muy baja.

- Solo un estudio en Bangladesh (Hossain y Ross, 2006) informó sobre este resultado. El diseño del estudio no está claramente establecido, pero parece ser un estudio cuasi experimental pre y post con un grupo de control. La intervención fue múltiple e incluyó la movilización de la comunidad, así como la calidad de las intervenciones de atención. Se informan los partos institucionales, e implican aumentos importantes de los partos institucionales en las áreas de intervención y de comparación, pero no en el área de control. Calidad de la evidencia: muy baja.

Para el resultado de atención con un asistente de partería calificado o de partos institucionales en caso de complicaciones maternas, la calidad de la evidencia fue calificada como muy baja.

- Un estudio informa sobre este resultado (Hossain y Ross, 2006); tal como se describe arriba, el diseño no está claramente descrito. La intervención consistió en múltiples componentes. Los resultados implican aumentos importantes de la cantidad de mujeres de las que se esperan complicaciones obstétricas que realmente reciben atención en un centro donde brinden AOE en las áreas de intervención y comparación, pero no en el área de control. Hay errores en los datos de desenlaces informados, y no es claro cómo se investigaron muchas de las mujeres. Calidad de la evidencia: muy baja.

Consideraciones a tener en cuenta para la implementación

Las consideraciones sobre la implementación fueron informadas en otro documento de antecedentes de Howard-Grabman (2014)⁷⁹ que detalla el contexto y las condiciones, donde se examinaron los programas descritos en los estudios. Hay muchas lecciones aprendidas a considerar en los procesos de VRMM en general, y la participación de la comunidad en estos procesos agrega otra capa de complejidad. He aquí las lecciones destacadas por el GDG:

- Las revisiones de las muertes maternas pueden ser un enfoque útil para sensibilizar acerca de los errores y los desafíos en la vía hacia la supervivencia y pueden estimular la discusión y las propuestas de soluciones.

⁷⁹ Ver Apéndice 2.

- Los miembros de la comunidad pueden participar en la revisión como informantes de las familias en las investigaciones de muertes maternas y perinatales y en presentaciones de resúmenes de datos para identificar las maneras de mejorar los desenlaces de salud y emprender acciones para implementar las soluciones propuestas.
- La vía o el marco de las “tres-demoras” para la supervivencia y la autopsia verbal son herramientas útiles para las revisiones de muertes maternas.
- Es importante garantizar la confidencialidad de todos los involucrados en casos de defunciones maternas. El uso de resúmenes de múltiples casos fue una estrategia efectiva para hacer esto en ambos estudios examinados.
- La notificación de las defunciones maternas puede ser todo un desafío. Esto puede mejorar con el tiempo, a medida que la comunidad se haga más consciente del interés de recoger esta información. Tanto los prestadores de salud como las comunidades necesitarán prepararse para trabajar juntos y tendrán que hacer un proceso de aprendizaje. El involucramiento de la comunidad puede elevar el miedo de recriminaciones a los prestadores. Las comunidades pueden tener opiniones que calan muy hondo sobre la muerte y el embarazo, y al principio pueden estar muy reticentes a hablar sobre esos temas.
- En los países donde haya avances en los exámenes de las muertes maternas y perinatales, se debe agregar los casi incidentes para determinar cómo pueden hacer las comunidades para participar en la prevención de problemas en un futuro. Esto se debe hacer de una manera sensible, teniendo en cuenta las circunstancias de las muertes y las prácticas culturales de la comunidad en torno a la época del embarazo y el nacimiento.
- Los procesos evolucionan y a menudo mejoran con el tiempo a medida que crecen la experiencia y la confianza, por lo que puede ser mejor comenzar más simplemente con exámenes de las muertes maternas, luego agregar los exámenes de las muertes perinatales, y finalmente agregar los exámenes de los casi incidentes.
- Todos los involucrados deben ser conscientes que una mejor comunicación de los incidentes puede causar un aumento aparente de la mortalidad, ya que el programa mejora los sistemas de notificación.
- El mapeo de las defunciones según la ubicación física puede ayudar a dirigir la atención del programa y las intervenciones.

Lagunas en la investigación

Pese a que no había suficiente evidencia como para hacer una recomendación, el GDG era de la opinión que esta intervención era promisoría, particularmente en el contexto de la necesidad de mejorar la rendición de cuentas. Todavía es preciso investigar la mejor manera de implementar la intervención en diferentes contextos y sería útil contar con más investigación en sus procesos y efectos.

- Entre las áreas de investigación identificadas como de interés se incluye una mejor comprensión de la

interacción entre el entrevistador y quien responde las preguntas al recoger la información sobre las defunciones, particularmente quién debería estar recogiendo la información, cómo debería involucrarse la comunidad, y cuál puede ser la mejor manera de recabar y comunicar la información para facilitar la participación de la comunidad en las discusiones.

- Se pueden aplicar lecciones de lo que ya se sabe sobre el involucramiento de la comunidad en el examen de las defunciones neonatales. Un examen de ese tema sería de gran utilidad.
- Cualquier intervención que se planifique tiene que prever la posibilidad de que los prestadores de salud teman recriminaciones si la comunidad interviene en los exámenes.

RECOMENDACIÓN 11

Participación de la comunidad en procesos de mejora de la calidad

Introducción

Tal como surge de los recientes trabajos de la OMS,⁸⁰ resulta vital mejorar la calidad de los servicios de atención en salud en los centros, y hacer de la calidad un componente integral del escalamiento (scaling up) de las intervenciones para mejorar los resultados sanitarios de madres, recién nacidos y niños. Las mujeres, familias y comunidades en la calidad de servicios de atención de maternidad influye sobre sus decisiones en cuanto a si usar esta atención.⁸¹ Casi todos los esquemas de mejora de la calidad incluyen la perspectiva de la comunidad o de los usuarios como un elemento clave. En el caso de los servicios de maternidad, el punto de vista de las mujeres y la comunidad es un componente esencial a la hora de definir las características de un servicio de buena calidad. Esta intervención también tiene que ver con el interés general por aumentar los mecanismos de rendición de cuentas. Tal como se menciona en la Recomendación 10, el garantizar que las comunidades participen en el análisis de la información y en la identificación de las soluciones puede ayudar a los servicios a responder mejor a las necesidades de la comunidad.

Los miembros de la comunidad pueden participar en revisiones de calidad como informantes o en discusiones sobre la atención sanitaria para identificar formas de mejorar los servicios. Los niveles de participación pueden variar, por ejemplo, desde brindar opiniones hasta la toma de todas las decisiones, y las intervenciones también pueden variar, por ejemplo, incluyendo consultas con las comunidades, incluyendo representantes de la comunidad en comités de gestión de los centros de salud y organizando reuniones entre los representantes de la comunidad, administradores de los servicios y prestadores.

⁸⁰ Declaración de la OMS. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?ua=1&ua=1 Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 2014) Último acceso 23 de enero de 2015.

⁸¹ Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, and Gülmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low-and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reproductive Health*. 2014;11(1):71. doi:10.1186/1742-4755-11-71.

Planteamos la pregunta:

¿Qué intervenciones destinadas a involucrar las comunidades en los procesos de mejora de la calidad de los servicios de maternidad son efectivas para aumentar los casos de partos con un asistente de partería calificado o partos institucionales y mejorar otros resultados clave de la salud materna y neonatal?

RECOMENDACIÓN

Se recomienda la participación de la comunidad en los procesos de mejora de la calidad de los servicios de maternidad, para mejorar la calidad de la atención desde la perspectiva de las mujeres, las comunidades y los prestadores de salud.

Las comunidades deben involucrarse conjuntamente en una definición y evaluación de la calidad. También se recomienda enfatizar la importancia de incluir mecanismos que garanticen la voz de las mujeres.

(Recomendación fuerte, baja calidad evidencia) Se necesitan más estudios.

Resumen de la evidencia

La evidencia sobre las intervenciones destinadas a involucrar a las comunidades en los procesos de mejora de la calidad fue extraída de una revisión sistemática conducida por Marston y col. (a publicarse en breve).⁸² Le revisión se basó en literatura identificada a través del mapeo de MASCOT/MH-SAR y a través de otra revisión sistemática conducida por Marston y col. (2013).⁸³ Se incluyeron cinco estudios. Un estudio estuvo fundamentalmente dirigido a aumentar el uso de atención calificada por complicaciones obstétricas.⁸⁴

Los procesos y mecanismos de participación variaron entre los estudios. No hubo suficiente evidencia como para determinar cuál de las estrategias o qué combinación era más eficaz. La Tabla 4 resume la característica de participación dentro de cada estudio incluido.

Para los resultados clave se informó evidencia débil, si bien la evidencia cualitativa apunta a que la intervención pueda tener algunos efectos. Algunos estudios examinan el efecto de los paquetes que incluyen cierta evidencia de participación de la comunidad en el mejoramiento de la calidad pero que no necesariamente examinan los efectos de la participación propiamente dicha.

⁸² Ver Apéndice 2

⁸³ Marston C, Renedo A, McGowan CR, and Portela A. Effects of community participation on improving uptake of skilled care for maternal and newborn health: a systematic review. *PLoS ONE*. 2013;8(2): e55012. doi:10.1371/journal.pone.0055012

⁸⁴ En Hossain (2006) la intervención contribuyó a garantizar las prácticas de partería seguras en el domicilio mientras que los mensajes se concentran en acudir a consulta por complicaciones.

TABLA 4

Tipo de participación comunitaria por estudio caracterizado usando el Espectro de Participación⁸⁵

EXTENSIÓN	CONSULTA	INVOLUCRAMIENTO	COLABORACIÓN	LIDERAZGO COMPARTIDO
Purdin, Khan y Saucier (2009) con algo de consulta (retroalimentación)	Gabrysch y col. (2009)	Hossain y Ross (2006)	Bjorkman y Svensson (2009) (con algunos elementos de liderazgo compartido)	Bjorkman and Svensson (2009) (algunos pueblos)
			Sinha (2008) (algunos pueblos)	Sinha (2008) (algunos pueblos)
			Gabrysch, y col. (2009) desarrollo e implementación de las estrategias de MC	
			Kaseje et al. (2010)	

Modificado de la Asociación Internacional para la Participación Pública, 2004

En el Apéndice 4 se presenta una descripción de las características pertinentes clave de los estudios examinados en esta recomendación.

Para el resultado de parto con un asistente de partería calificado o parto institucional, la calidad de la evidencia se calificó como muy baja a moderada.

- Un ECA de grupos (Bjorkman y Svensson, 2009) realizado en Uganda describe un aumento significativo de los partos institucionales. Calidad de la evidencia: moderada.
- Cuatro estudios observacionales también informan aumentos de los partos institucionales. En tres estudios el aumento es significativo: un estudio pre y post en Perú (Gabrysch y col., 2009) describe un aumento de los partos en centros de salud entre el nivel inicial y el seguimiento y un aumento de los APC; un estudio controlado del antes y el después en Kenia (Kaseje y col., 2010) informa aumentos importantes de los partos institucionales en los lugares donde hubo intervención; y un estudio pre y post en India (Sinha, 2008) informa aumentos importantes de los partos en centros de atención primaria de salud y hospitales públicos. Un estudio del antes y el después (Purdin, Khan y Saucier, 2009) informa que la proporción de partos en dependencias de AOE aumentó luego de la intervención en una población de refugiados en Pakistán. Calidad de la evidencia: muy baja.⁸⁵
- Para aquellos estudios que se concentraban en aumentar el acceso a atención calificada por complicaciones:
 - Un estudio en zonas rurales de Bangladesh (Hossain y Ross, 2006) informa aumentos importantes en los grupos de intervención y de comparación, pero no en el grupo control. El diseño del estudio no está claramente establecido, pero parece ser un estudio cuasi experimental pre y post

con un grupo control. La calidad de la evidencia fue catalogada como muy baja.

Para el resultado de atención con un asistente de partería calificado o parto institucional en caso de complicaciones maternas, la calidad de la evidencia fue calificada como muy baja.

- Un estudio en zonas rurales de Bangladesh (Hossain y Ross, 2006) informa aumentos importantes en los grupos de intervención y de comparación, en el grupo de control también se registró un pequeño aumento. Como se describió en el ítem anterior, el diseño del estudio no está claramente establecido.

Para el resultado de la concurrencia a APN, la calidad de la evidencia fue de muy baja a moderada.

- Un ECA de grupos (Bjorkman y Svensson, 2009) conducido en Uganda informa un aumento no significativo en el uso de APN. Calidad de la evidencia: moderada.
- Tres estudios observacionales informan aumentos de las visitas a APN: un estudio controlado del antes y el después en Kenia (Kaseje y col., 2010) informa aumentos de las mujeres que concurren a cuatro o más visitas pero no encontraron diferencias significativas entre los centros de control y de intervención, un estudio de pre y post en India (Sinha, 2008) donde la diferencia en la cantidad de mujeres que hicieron por lo menos una y más de tres visitas es significativo entre el nivel inicial y el final, y un estudio retrospectivo del antes y el después informa que la cobertura completa de APN (tres o más visitas) aumentó desde el nivel inicial hasta el nivel final en mujeres afganas refugiadas en Pakistán (Purdin, Khan y Saucier, 2009). Calidad de la evidencia: muy baja.

Para el resultado de las visitas de las mujeres durante el puerperio, la calidad de la evidencia fue calificada como muy baja.

- Purdin, Khan y Saucier (2009) mostraron que la cobertura de la atención del puerperio dentro de las 72 horas siguientes al parto aumentaron con el tiempo luego de la intervención en un contexto de mujeres afganas refugiadas en Pakistán. Calidad de la evidencia: muy baja.

⁸⁵ Ver espectro de participación pública Iap2. Wollongong, Australia: International Association for Public Participation; 2014 (<https://www.iap2.org.au/documents/item/84>, acceso 23 de enero de 2015).

Además de los desenlaces críticos e importantes, el GDG había solicitado información acerca del efecto de la intervención sobre la satisfacción de las mujeres con los servicios. Solo un estudio (Gabrysch y col., 2009) informa sobre la satisfacción de las mujeres utilizando entrevistas cualitativas.

Consideraciones a tener en cuenta para la implementación

Las consideraciones de implementación fueron informadas por Howard-Grabman (2014)⁸⁶ en otro documento de antecedentes que detalla el contexto y las condiciones en las que se revisaron los programas descritos en los estudios. También se consideró otro estudio adicional.⁸⁷ Los procesos de mejora de la calidad dejaron muchas enseñanzas a tener en cuenta, y la participación de la comunidad agrega otra capa de complejidad. La participación de la comunidad en calidad puede adoptar diversas formas, entre las que se incluyen la participación de los interesados en comités de mejora de la calidad o sesiones de diálogo facilitadas que incluyen a representantes de la comunidad y de los servicios de salud.

He aquí las principales lecciones que destaca el GDG:

- La colaboración entre los miembros de la comunidad y los prestadores de salud para definir y mejorar la calidad conjuntamente puede ser un enfoque efectivo cuando se facilita el proceso de diálogo de apoyo y cuando se involucra a todos los distintos participantes y se consideran sus perspectivas.
- Es importante garantizar que las mujeres embarazadas tengan voz y que haya una adecuada diversidad en las perspectivas, tanto de los miembros de la comunidad como de los prestadores de salud en los procesos de mejora de la calidad.
- Los comités de mejora de la calidad pueden ser una estructura eficaz para dar apoyo a una permanente colaboración entre las comunidades y los prestadores de salud cuando todos los integrantes comprenden y se comprometen con el propósito del grupo, los roles y responsabilidades son claros y aceptados por todos los miembros, y cuando las prácticas de gobernanza del grupo apoyan la participación.
- Una evaluación conjunta de los servicios de salud y de la atención sirve para respaldar la toma de decisiones informada. El monitoreo continuo de los datos ayuda a comunicar sobre la adaptación de estrategias, según sea necesario, para lograr la mejora continua y el proceso de rendición de cuentas.
- Para que este enfoque sea eficaz, es preciso contar con un liderazgo del centro de salud que apoye la colaboración con las comunidades.

⁸⁶ Ver Apéndice 2.

⁸⁷ Barbey A, Faisal AJ, Myeya J, Stavrou V, Stewart J and Zimicki S. Dinajpur Safe Mother Initiative: Final Evaluation Report. Boston: Harvard School of Public Health; 2001 (http://www.mhtf.org/wp.content/uploads/sites/17/2013/02/Publication_6871971.pdf, acceso el 12 de enero de 2015).

- Se necesita una discusión a nivel nacional y local para adaptar al contexto, para garantizar un grado importante de descentralización, para que se le asigne un nivel apropiado de presupuesto y de recursos destinados a respaldar el proceso.
- Esta intervención debería verse como un proceso dinámico. Lleva tiempo construir confianza entre los diferentes actores, y la capacidad de los diferentes actores para planificar juntos se desarrollará con el tiempo.
- Los datos deben presentarse de una manera que todos los participantes puedan comprender, prestando atención a comunicar los temas de salud efectivamente a gente dentro y fuera del sector de la salud con diferentes niveles de instrucción y experiencia.
- Si bien las ONG pueden tener experiencia en facilitar y organizar la participación de la comunidad, el trabajo debe estar vinculado a los servicios estatales, y debe ser incorporado en los procesos continuos, en aquellas instancias en que los haya.
- Es importante incluir las voces y puntos de vista de los diferentes grupos de la comunidad.

Lagunas en la investigación

El GDG identificó varias áreas de las que serviría tener más información. Se describen a continuación:

- Diálogo entre la comunidad y los servicios de salud, y la dinámica de la interfaz entre la comunidad y el servicio en diferentes contextos (descentralizados, centralizados, estados frágiles o inmersos en conflictos).
- Los procesos de planificación de acción de la comunidad y los prestadores, cómo se acuerdan las estrategias y cómo cambian con el tiempo.
- Los datos para la toma de decisiones para apoyar los esfuerzos conjuntos de la mejora de la calidad y maneras accesibles de presentar información para destacar los avances y las tendencias.
- Opiniones de la comunidad sobre los servicios y el papel de las comunidades para hacer que los servicios tengan que rendir cuentas sobre la calidad de la atención. Igualmente, disponer de mecanismos para que los prestadores puedan dar su opinión a las comunidades sobre aspectos que puedan estar bajo control del individuo, la familia y la comunidad para mejorar la atención de calidad.
- Trabajo de defensoría (Advocacy) y su papel en la mejora de la calidad de los servicios (sea la comunidad sola o conjuntamente con prestadores de salud para obtener recursos, cambio de prácticas administrativas, etc.).
- Los efectos de participar en el mejoramiento de la calidad sobre la dinámica de la comunidad, eficacia propia, identidad, relaciones de poder, etc.
- El papel de las tecnologías que van evolucionando para dar apoyo a la participación de la comunidad en

la mejora de la calidad de atención (mejora del acceso a la información, mejor comunicación a través de dispositivos móviles, posibilidades de recolección de datos, etc.).

- Cómo garantizar la confidencialidad cuando se comparten los datos para la toma de decisiones.
- Valoración del impacto de experiencias en países de altos ingresos e identificación de las lecciones aprendidas.

RECOMENDACIÓN 12

Participación de la comunidad en la planificación de programas y su implementación

Introducción

La participación de la comunidad es reconocida en muchos instrumentos legales y documentos de políticas clave de la OMS y está considerada dentro del Marco IFC y otras estrategias de la OMS como un componente fundamental de las estrategias de SMN. Sin embargo, la evidencia sobre el efecto de la participación de la comunidad es limitada; aquí se la define ampliamente como “miembros de una comunidad involucrados en la planificación, diseño, implementación y seguimiento de las estrategias e intervenciones”. Los niveles de participación pueden variar, por ejemplo, desde brindar las opiniones hasta la toma de todas las decisiones. Las intervenciones también pueden variar, por ejemplo, desde consultas a las comunidades, representación de la comunidad en comités de gestión de los centros de salud y reuniones entre representantes de la comunidad, autoridades locales y administradores de los servicios de salud.

Planteamos la pregunta:

¿Qué intervenciones que pretenden involucrar a las comunidades en la planificación de programas destinados a mejorar la SMN son eficaces en aumentar el parto con un asistente de partería calificado o los partos institucionales y mejorar los otros resultados clave de la salud materna y neonatal?

RECOMENDACIÓN

Se recomienda la participación de la comunidad en la planificación, implementación y monitoreo de los programas para mejorar el uso de atención calificada durante el embarazo, nacimiento y el período posnatal para mujeres y recién nacidos, aumento del uso oportuno de la atención institucional por complicaciones obstétricas y neonatales y mejora de la salud materna y neonatal.

También se recomienda enfatizar la importancia de incluir mecanismos que garanticen la voz de las mujeres.

(Recomendación fuerte, calidad de la evidencia: muy baja)

Se necesitan más estudios.

Resumen de la evidencia

La evidencia en las intervenciones destinadas a involucrar a las comunidades en la planificación y la implementación de programas de SMN se basó en la literatura identificada a través del mapeo de MASCOY/ MH-SAR, a través de una revisión sistemática conducida por Marston y col. (2013)⁸⁸ y a través de una búsqueda suplementaria conducida por Marston y col. (2014)⁸⁹ para capturar programas de salud neonatal. Se incluyeron 12 estudios.⁹⁰ Un programa estaba fundamentalmente dirigido a aumentar el uso de atención calificada para complicaciones obstétricas.⁹¹

Los procesos y mecanismos de participación variaron entre los estudios. No hubo suficiente evidencia como para determinar cuáles de las estrategias o qué combinación de las estrategias resultaron más eficaces. En la escala de los tipos de participación, la mayoría de los estudios cayó en el nivel de involucrar a las comunidades. Dos más abordaron el tema de compartir el liderazgo entre la comunidad y los servicios.

En resumen, se halló evidencia cuantitativa mixta, a menudo proveniente de estudios con diseños débiles. La participación en la planificación adopta muchas formas diferentes, y es difícil comparar las diferentes estrategias. Algunas intervenciones involucraron un paquete de medidas entre las que se incluía la participación, y en estos casos, no se pueden separar los efectos específicos de la participación. Sin embargo, el GDG hizo notar que si bien se catalogó a la evidencia como de muy baja calidad e incongruente, existe un informe positivo de los diferentes programas en diferentes contextos y sobre diferentes resultados, lo que proporciona una indicación de que existe la posibilidad de participación en la planificación para incidir sobre los resultados referidos a la consulta.

En el Apéndice 4 se presenta una descripción de las características pertinentes clave de los estudios examinados en esta recomendación.

Para el desenlace de parto con un asistente de partería calificado o parto institucional, la calidad de la evidencia fue calificada como muy baja..

- Dos estudios de ECA de grupos (Bjorkman y Svensson, 2009; Bhutta y col., 2011) y un estudio cuasi experimental (informado en Malhotra y col., 2005) informaron sobre este desenlace. Ambos ECA

⁸⁸ Marston C, Renedo A, McGowan CR and Portela A. Effects of community participation on improving uptake of skilled care for maternal and newborn health: a systematic review. PLoS ONE. 2013;8(2): e55012. doi:10.1371/journal.pone

⁸⁹ Ver Apéndice 2.

⁹⁰ Los estudios relacionados con aprendizaje participativo y los ciclos de acción con grupos de mujeres, si bien pertinentes, no fueron incluidos porque se los examinó extensamente en otro lado. Ver Recomendación 9 de este informe y para ver el informe completo, véase http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/communitymobilization-maternal-newborn/en/.

⁹¹ En Ahluwalia (2003) y Ahluwalia (2010) la intervención contribuyó a garantizar las prácticas de partería seguras en el domicilio mientras que los mensajes se concentran en acudir a consulta por complicaciones.

TABLA 5

Tipo de participación de la comunidad por estudio caracterizado utilizando el Espectro de Participación⁹²

EXTENSIÓN	CONSULTA	INVOLUCRAMIENTO	COLABORACIÓN	LIDERAZGO COMPARTIDO
Ahluwalia y col. (2003, 2010) (familias, mujeres embarazadas)	Ahluwalia y col., (2003, 2010)	Ahluwalia y col. (2003, 2010) (miembros del comité)	Bjorkman y Svensson, (2009) (con algunos elementos de liderazgo compartido)	Malhotra y col. (2004) (y colaboración por momentos)
Bhutta y col. (2011)		Harkins y col. (2008)	Harkins y col. (2008)	Fonseca-Becker y Schenck-Yglesias, (2004)
Purdin, Khan y Saucier (2008) con algo de consulta (retroalimentación)		Kaufman, Liu y Fang (2012) con alguna colaboración de hogares demo	Kaseje y col. (2010)	
		Paxman y col. (2005) (luego evolucionó a colaboración)		
		Sood y col. (2004)		

Modificado de la Asociación Internacional para la Participación Pública (2004)

de grupo comunican un aumento estadísticamente significativo de los partos. En comunidades rurales de Uganda (Bjorkman y Svensson, 2009) y no estadísticamente significativo en comunidades rurales en Pakistán (Bhutta y col., 2011). El estudio cuasi experimental realizado con adolescentes en Nepal (Malhotra y col., 2005) informa un aumento de los partos institucionales en ambos centros, pero un mayor aumento en el centro control que en el centro del estudio. Calidad de la evidencia: muy baja.⁹²

- Cinco estudios observacionales también informan sobre este desenlace. Dos estudios controlados del antes y después informan aumentos importantes de los partos institucionales en Kenia y China (Kaseje y col., 2010 Kaufman, Liu y Fang, 2012); los estudios del antes y después informan aumentos de los partos institucionales luego de la intervención en Perú (Harkins y col., 2008), y en Pakistán los partos en dependencias que brindaban AOE aumentaron en una población de refugiadas (Purdin, Khan y Saucier, 2009). En Indonesia (Sood y col., 2004), los hallazgos del estudio indican que los partos institucionales eran significativamente más probables en el grupo expuesto a la intervención. Harkins y col. (2008) también informan un aumento del uso de asistentes de partería calificados en el último parto en Honduras luego de una intervención sobre participación. Las intervenciones de participación de la comunidad son muy diversas y el nivel de participación en los programas de planificación, implementación y evaluación varía en los diferentes estudios. Calidad de la evidencia: muy baja.
- Para aquellos estudios donde el foco de atención fue aumentar el acceso a atención calificada por complicaciones:

- El estudio de seguimiento pre y post intervención en comunidades rurales pobres en Tanzania (Ahluwalia y col., 2010) informa aumentos importantes de partos asistidos por una persona capacitada y que tienen lugar en centros de salud en el curso de un período de seguimiento de tres años. Calidad de la evidencia: muy baja.

Para el resultado de atención con un asistente de partería calificado o parto institucional en caso de complicaciones maternas, la calidad de la evidencia fue calificada como muy baja.

- Solo el estudio pre y post intervención en Tanzania (Ahluwalia y col., 2003) informa sobre este resultado. En este programa, la movilización de la comunidad fue un componente pequeño dentro de un programa mayor y más complejo que se concentró en capacitar a los APT, preparar a las mujeres para el parto con un APT, y movilizar a las comunidades en torno a los signos de peligro. El estudio informa un aumento del número de mujeres embarazadas que acuden al hospital local para tratarse por complicaciones obstétricas. Calidad de la evidencia: muy baja.

Para el resultado del uso de APN, la calidad de la evidencia fue calificada como muy baja.

- Dos ECA de grupos (Bhutta y col., 2011; Bjorkman y Svensson, 2009) y un estudio cuasi experimental (Malhotra y col., 2005) informaron sobre este resultado. Los dos ECA de grupos informan aumentos sin importancia de cuatro o más visitas en Pakistán (Bhutta y col., 2011) y cantidad de visitas de APN en el centro por mes en Uganda (Bjorkman y Svensson, 2009). El estudio cuasi experimental de adolescentes en Nepal (Malhotra y col., 2005) informa una disminución del porcentaje promedio de las mujeres que reciben APN en el grupo de intervención. Calidad de la evidencia: muy baja.

⁹² Ver espectro de participación pública lap2. Wollongong Australia: International Association for Public Participation; 2014 (<https://www.iap2.org.au/documents/item/84>, acceso el 23 de enero de 2015).

- Hubo también siete estudios observacionales que informaron sobre este resultado. Los estudios controlados del antes y después informan aumentos pero sin diferencias significativas entre los centros de control y de intervención (Kaseje y col., 2010; Kaufman, Liu y Fang, 2012). Todos los estudios del antes y después informan aumento del uso de APN luego de la intervención (Ahluwalia y col., 2010; Paxman y col., 2005; Sood y col., 2004; Harkins y col., Perú, 2008; Purdin, Khan y Saucier, 2009). Se realizaron estudios en una serie de países de bajos ingresos (Tanzania, Kenia) a medianos ingresos (Pakistán, Indonesia, China, India, Perú) y con diferentes poblaciones, incluyendo las comunidades rurales pobres (Ahluwalia y col., 2010; Kaseje y col., 2010; Kaufman, Liu y Fang, 2012; Paxman y col., 2005; Sood y col., 2004), migrantes periurbanos pobres (Harkins y col., Perú 2008) y mujeres afganas refugiadas (Purdin, Khan y Saucier, 2009). Las intervenciones de participación de la comunidad son diversas y el nivel de participación en los programas de planificación, implementación y evaluación varía en los distintos estudios. En algunos estudios la participación de la comunidad es un pequeño componente de programas más amplios en pos de una maternidad segura o de salud materna y neonatal (Ahluwalia y col., 2010; Harkins y col., 2008; Paxman y col., 2005; Purdin, Khan y Saucier, 2008; Sood y col., 2004), mientras que en otros la participación de la comunidad fue el principal objetivo de la intervención, específicamente monitoreo comunitario mediante tarjetas de informe (Bjorkman y Svensson, 2009), diálogo con la comunidad (Kaseje y col., 2010) o enfoques participativos más generales destinados a mejorar los servicios para grupos específicos (Kaufman, Liu y Fang, 2012). Todos los estudios informan sobre el uso de APN pero utilizan medidas diferentes. Algunos informan la cantidad de mujeres que notifican cuatro o más visitas (Harkins y col., 2009; Kaseje y col., 2010; Sood y col., 2004), otras informan APN completa (definida como tres o más visitas) (Paxman y col., 2005; Purdin, Khan y Saucier, 2009), uno informa atención prenatal antes de las 20 semanas (Ahluwalia y col., 2010) y otras medidas descriptivas (Kaufman, Liu y Fang, 2012). Calidad de la evidencia: muy baja.

Para el resultado de las visitas posparto para las mujeres, la calidad de la evidencia fue calificada como muy baja.

- Purdin, Khan y Saucier (2009) mostraron que la cobertura de la atención del puerperio dentro de las 72 horas siguientes al parto aumentó con el tiempo luego de la intervención entre mujeres afganas refugiadas en Pakistán. Calidad de la evidencia: muy baja.

Además de los resultados críticos e importantes, el GDG había solicitado información acerca del efecto de la intervención sobre la satisfacción de las mujeres con los servicios. Tres estudios implicaban que se había obtenido una mejor satisfacción, pero en realidad solo uno valoró la satisfacción y determinó que no era posible

atribuirla a la intervención.

Consideraciones a tener en cuenta para la implementación

Las consideraciones de implementación fueron informadas por Howard-Grabman (2014).⁹³ en otro documento de antecedentes que detalla el contexto y las condiciones. Además de los estudios incluidos en la revisión sistemática, un estudio de Mathur, Mehta y Malhorta (2004) proporcionaba datos adicionales del programa realizado en Nepal, informado en el estudio de Malhorta y col. (2005). Hay décadas de experiencia en esta área que se pueden transferir a los diferentes contextos. He aquí las principales enseñanzas destacadas por el GDG para la implementación:

- Lo ideal sería que la participación en la planificación de los programas se implementara a través de estructuras y plataformas ya existentes o adaptadas que permitan una planificación a nivel local (reflejando la realidad y las necesidades locales) y que alimenten la planificación a los niveles más altos, haciendo el seguimiento y la evaluación, y un permanente proceso de planificación/ re planificación.
- Es necesario hacer una discusión a nivel nacional y local para adaptar al contexto y para garantizar un grado importante de descentralización y el nivel apropiado de presupuesto y recursos asignados para apoyar el proceso.
- La participación de la comunidad en la planificación y la implementación de los programas de SMN constituyen un proceso dinámico que puede fortalecer la capacidad de la comunidad de muchas maneras, como ayudar a las comunidades a identificar efectivamente sus potencialidades, necesidades y problemas; planificar juntos como grupo; obtener y gestionar los recursos; solucionar problemas; utilizar los datos para monitorear los avances y tomar decisiones; y resolver o manejar un conflicto. Lleva tiempo lograr la confianza de la comunidad y lograr que sus integrantes desarrollen las destrezas y procesos necesarios para planificar e implementar la intervención efectivamente como grupo. Sin embargo, una vez que se han establecido las relaciones y la confianza, y que se han adquirido las destrezas, se las puede aplicar para encarar otras prioridades de la comunidad. Al trabajar en este tipo de procesos, quienes tengan roles de apoyo tienen que ser conscientes del contexto cambiante y ajustar sus apoyos de manera acorde.
- Las estrategias que han sido predeterminadas por los programas y que luego movilizan a las comunidades para implementarlas corren el riesgo de que las comunidades no se apropien de ellas y que las abandonen en el futuro. Este enfoque también limita las oportunidades para que las comunidades aprendan a identificar los retos prioritarios que van surgiendo con el tiempo y a planificar juntos para encararlos, en pos de mejorar la SMN y otros aspectos de la salud.

⁹³ Ver Apéndice 2.

- Es esencial tener vínculos entre los diferentes niveles del sistema sanitario y entre las diferentes instituciones involucradas en la planificación, implementación, seguimiento y evaluación.
- Se considera que un entorno habilitador y de soporte es un facilitador clave de la implementación en el que un sector público o el gobierno local se involucra en la asociación con múltiples organizaciones.
- Las ONG a menudo tienen experiencia facilitando y organizando el involucramiento de la comunidad, por lo que pueden facilitar el proceso y brindar soporte técnico para desarrollar la capacidad de las comunidades de planificar e implementar las intervenciones. El trabajo debe estar vinculado a los servicios estatales e incorporado en los procesos permanentes, según corresponda al contexto local.
- Los agentes de la salud comunitarios también pueden jugar un papel haciendo de enlace entre las comunidades y los servicios de salud.
- El garantizar la participación de las mujeres es extremadamente importante, ya que las mujeres son parte interesada y directamente afectadas por los aspectos analizados. Tal vez se necesiten mecanismos innovadores para garantizar la inclusión de las mujeres y otras partes interesadas clave que de no ser así podrían quedar excluidas. Esto puede requerir la reflexión sobre la dinámica de poder existente para encontrar maneras apropiadas y efectivas de encarar los desequilibrios de poder que pudieran impedir que se oigan sus voces.
- Es importante facilitar el proceso para garantizar la discusión y la interacción entre los diferentes actores y partes interesadas. La implementación del programa debe incluir los facilitadores de capacitación en los temas clave de SMN, la interpretación de los datos, la comunicación, solución de conflictos y gestión.
- La presentación de los datos debe ser comprensible y la comunicación de los asuntos de salud debe adaptarse al público, que tal vez no tengan ninguna experiencia previa en el sector salud. Por ejemplo, donde fuere necesario, habría que elaborar materiales culturalmente apropiados disponibles en un idioma local adecuado para los individuos con bajas destrezas de lectoescritura y aritmética.
- En muchos países hay comités de salud; estos pueden resultar eficaces para monitorear los avances, identificar y resolver problemas y volver a planificar, de ser necesario. La finalidad del comité debería estar clara para todos los miembros, y se deben instaurar buenos procesos básicos de grupos. Es importante revisar los comités ya existentes, para ver cómo pueden aumentar su efectividad, considerando el grado de involucramiento de los miembros de la comunidad y cómo pueden fortalecer sus procesos de planificación y monitoreo.
- Se deben desarrollar planes de acción escritos

formales que delimiten claramente los roles y responsabilidades asignados para aclarar los acuerdos y hacer que las comunidades y los servicios se hagan responsables de sus actividades.

Lagunas en la investigación

El GDG identificó varias áreas para investigación futura:

- La participación de la comunidad es a menudo una intervención que queda incluida en un paquete complejo de intervenciones. Si bien el diseño del ECA puede ayudar a determinar la efectividad y los resultados, se necesitan otros diseños alternativos para analizar los procesos y comprender el cambio.
- Determinar las maneras más efectivas de compartir los datos que sean accesibles a la gente con bajo nivel de lectoescritura y aritmética.
- Establecer las consideraciones de género que sean necesarias en los procesos de planificación, como cuándo y cómo han de participar los hombres y las mujeres, y bajo qué circunstancias y en qué contextos podría ser de utilidad tener grupos de un único sexo o mixtos.
- Cómo pueden influir las prácticas y creencias culturales en los procesos de planificación (por ejemplo, cómo se perciben los asuntos como la causalidad).
- Cómo y cuándo compartir las estrategias con grupos de planificación de la comunidad que han resultado efectivas en otros contextos.
- Cómo y cuándo incluir la participación de la comunidad en la etapa del diseño del programa.
- Determinación de los efectos sociales de los programas donde los tomadores de decisión en los hogares participan a un mayor nivel mientras que el nivel de participación de las mujeres embarazadas es solo recibir mensajes clave.
- Establecer los valores y preferencias de los miembros de la comunidad que participan en la planificación y la implementación de los programas de SMN.
- Valoración del impacto de las experiencias en los países de altos ingresos e identificar las lecciones aprendidas.

4. Implicancias de la investigación

Tal como se detalla arriba, se identificaron lagunas del conocimiento para cada intervención. Entre ellas se incluyen interrogantes sobre la base de la evidencia que se necesita para demostrar la eficacia de la intervención, la necesidad de investigar la implementación para comprender mejor los diferentes modos de prestación, y las adaptaciones que habría que hacer a los sistemas para implementar las intervenciones en los diferentes contextos.

Además de las carencias en la evidencia para cada intervención individual, durante el proceso también surgió claramente una pregunta más amplia sobre cuál sería la mejor manera de investigar las intervenciones de promoción de la salud. La diversidad de la investigación recogida por cada intervención y la baja calidad general del conjunto de evidencia llevaron al GDG a recomendar que se hicieran esfuerzos por orientar y normalizar la investigación futura.

A menudo se critican las revisiones de intervenciones sobre la promoción de la salud porque no incluyen otros diseños más que ECA, lo que reduce drásticamente la evidencia que pueda estar disponible. Es por eso que todas las revisiones respaldadas por OMS/MCA incluyeron, para los estudios que comunicaran los datos cuantitativos, no solo estudios que usaran diseños de ECA, sino también cualquier otro diseño que incluyera (como mínimo) estudios con por lo menos un punto de recolección de datos previo a la intervención, y uno durante o después de la intervención. También se incluyeron estudios cualitativos. Quisimos ser más incluyentes y evitar las revisiones sistemáticas que contradijeran el conocimiento en países donde existen programas en curso, indicando que no se encontró evidencia. Aceptamos incluir diseños comparativamente débiles en la base de la evidencia, basándonos en el proceso GRADE y los expertos para ser claros de que no podemos confiar tanto en las estimaciones cuantitativas del efecto en estos estudios como podemos sí en estudios que tienen diseños más fuertes. Por esta razón es importante que cuando se usen las revisiones se distinga cuidadosamente entre los tipos de diseños utilizados y el impacto del diseño de los estudios sobre la confianza que uno puede tener en cuanto a sus efectos.

Las conclusiones de los informes de los estudios mejorarían si siempre estuvieran plenamente respaldadas por los resultados que se presentan. Cuando el diseño del estudio no permite extraer ciertas conclusiones, el informe debe dejar eso en claro. Por ejemplo, si se emplean diseños sin grupos comparativos, hay que analizar las importantes limitaciones que tiene ese tipo de estudios. Sería útil contar con un mayor consenso sobre los diseños óptimos que tendrían que tener las intervenciones prioritarias. Si ciertos diseños no fueran posibles, las preguntas a investigar tienen que volver a ser formuladas de forma acorde.

Los estudios cuantitativos que pretenden evaluar la

eficacia de una intervención deben estar bien diseñados. Es claramente posible realizar estudios cuantitativos bien diseñados en el campo de la promoción de la salud, como queda demostrado por los ECA de las intervenciones con grupos de mujeres.⁹⁴ En los casos en los que no se considere deseable utilizar ECA, por ejemplo por preocupaciones éticas o prácticas, donde sean importantes las creencias y las preferencias del prestador y/o del usuario⁹⁵ o porque la pregunta a investigar no requiere ese tipo de diseño, el informe debe manifestar claramente por qué se eligió un diseño alternativo.

Además de buenos estudios cuantitativos, también necesitamos un enfoque más claro sobre el contexto social y los procesos que ayuden a explicar las barreras de implementación o los facilitadores de la intervención, examinar en profundidad las formas en que funciona la intervención *in situ*, puede ayudar a identificar consecuencias positivas y negativas de la intervención, no buscadas o inesperadas, y puede dar información que permita a quienes la implementan a valorar aquellas adaptaciones que se podría requerir para acomodarse a diferencias en sus contextos. Actualmente son muy pocos los estudios de ese tipo. Los métodos cualitativos, usados en paralelo con métodos cuantitativos o individualmente pueden arrojar luz sobre ciertas áreas clave, incluyendo procesos, valores y preferencias que afecten la implementación y la acción de la intervención, y los riesgos y beneficios no previstos.

Durante el proceso de desarrollo de la guía, quedó claro que quienes implementaban estaban interesados en el **cómo** tanto como el **qué**; en otras palabras, qué modos de prestación eran más efectivos y otras consideraciones de implementación. Con esto en mente, el GDG dio las siguientes orientaciones específicas sobre el trabajo futuro para la evaluación de las intervenciones de promoción de salud e investigación de la implementación:

1. Dar una descripción clara de la intervención.
 - a. En los actuales estudios no siempre es posible valorar en qué consistía exactamente la intervención. Aunque no hay espacio dentro de los artículos de revistas para hacer eso, se podría publicar en línea un protocolo detallado para la intervención para que otros puedan seguir lo que se hizo.
 - b. Sería útil ayudar a desarrollar alguna terminología acordada para diseñar el tipo de intervención. (Por

⁹⁴ Prost A, Colbourn T, Seward N, Azad K, Coomarasamy A, Copas A et al. Women's groups practising participatory learning and action to improve maternal and newborn health in low-resource settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2013;381(9879):1736-46. doi:10.1016/S0140-6736(13)60685

⁹⁵ Black N. Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care. *BMJ*. 1996; 312(7040): 1215-18. doi:http://dx.doi.org/10.1136/bmj.312.7040.1215.

ejemplo, la amplia variación de la terminología referente a la participación hacía que las búsquedas fueran difíciles de definir, por ejemplo, participación de la comunidad contra involucramiento de la comunidad contra una larga serie de términos más.)

2. Normalizar la terminología para las medidas comunes de los resultados.
 - a. Es difícil comparar entre las diferentes intervenciones o incluso las mismas intervenciones en contextos diferentes. Se hace aún más dificultoso cuando además difieren las mediciones de los resultados utilizadas.
 - b. Uso de mediciones de resultados tanto directas como indirectas. Para estas intervenciones, la mayoría de las mediciones de resultados fueron indirectas, por ejemplo, las mediciones de la mortalidad materna o neonatal. Dado que la vía causal entre las intervenciones y los desenlaces de mortalidad bien pueden ser mediados por la calidad de los servicios sanitarios disponibles, algo que habitualmente las intervenciones no abordan directamente, resulta más útil medir los resultados que reflejen directamente los comportamientos de interés promovidos, como acudir a consulta o prácticas de atención en domicilio.
 - c. Especificar cuidadosamente las mediciones clave de resultados. Un buen ejemplo es cómo se registran las condiciones del parto; por ejemplo, algunos estudios miden el lugar del parto (como dentro o fuera de una dependencia de salud), mientras que otros estudios miden quién brinda la atención en el nacimiento (por ejemplo, si es personal calificado o no, etc.). A menudo los estudios no fueron claros en cuanto a cómo se clasificaron los diferentes tipos de prestadores. Por ejemplo, ¿la persona fue catalogada como asistente de partería calificado según la definición de la OMS⁹⁶ o según una definición nacional? Algunos estudios incluyeron APT capacitados como prestadores capacitados, lo que no encajaría bajo la definición de la OMS. Se debe especificar la definición exacta, y explicar cualquier diferencia con respecto a las definiciones estándar. Además, algunos estudios midieron la proporción de todos los partos asistidos por un asistente de partería calificado, algunos estudios medían la proporción de partos institucionales, mientras que otros solo medían la proporción de partos con complicaciones en los centros.
3. Se debe hacer un análisis crítico de las relaciones entre la intervención y los resultados medidos, prestando cuidadosa atención a la naturaleza de las relaciones que se presentan como hipótesis, que tal vez no sean lineales.
 - a. Las intervenciones de promoción de salud
4. Se debe cuidar de evitar sesgos en el diseño y comunicación de los estudios.
 - a. Es probable que el sesgo de publicación sea un problema importante en esta área: con algunas honrosas excepciones, casi todos los estudios informaron hallazgos positivos. Al contar con diseños más fuertes para las investigaciones cuantitativas se podría mejorar la comunicación, por ejemplo, debido a requisitos de registro de los ensayos.
 - b. Se debe evitar aquellos diseños de estudios que sean muy propensos a sesgar los resultados, y se debe prestar más atención por garantizar que los diseños permitan medir lo que se pretende medir. Algunas veces se hace un descarte inmediato de los ECA, sin una debida consideración de las limitaciones de lo que sea que se elige para sustituir este diseño.
5. En los informes se debería incluir más reflexiones sobre los factores que podrían ser útiles para quienes ejecuten esa intervención en algún otro lugar.
 - a. Es claro que las comunidades son diferentes y que incluso una misma comunidad cambia con el tiempo. Sin embargo, es probable que ciertas enseñanzas sirvan en otros lugares. Por ejemplo, si la comunidad se involucró en el diseño de la intervención, ¿cómo funcionó esto en la práctica? ¿Sirvió? ¿De qué manera? ¿Cuáles fueron algunos de los retos que hubo que enfrentar? ¿Cómo se los encaró? ¿Qué hubiera podido hacer que la intervención funcionara mejor?
 - b. Ser claros en cuanto a las complejidades que surjan que pudieran afectar el estudio. Por ejemplo, los proyectos a menudo sufren contratiempos, pero rara vez se deja constancia de ellos, aun cuando sea probable que afecten los resultados del estudio. Se están desarrollando nuevos métodos para manejar la complejidad dentro del campo de la ciencia de implementación, y se los debería emplear aquí. Se debe registrar toda complejidad que se observe que afecte la implementación de la intervención o la interpretación del estudio.

⁹⁶ Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant. A joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva: World Health Organization; 2004 (<http://whqlibdoc.who.int/>).

6. Actualmente en este campo, se parte del supuesto que la intervención es la que produce los resultados y que la evaluación mide eso. En la práctica, es improbable que la cosa sea tan sencilla. Hay que considerar las interrelaciones entre los evaluadores y los ejecutores, la evaluación y el programa.
 - a. ¿Cuál es la relación entre los equipos de evaluación y de implementación? ¿Quién pagó por el estudio? ¿El hecho de evaluar la intervención la cambió? ¿De qué manera? Por ejemplo, los equipos de evaluación pueden solicitar documentación sobre las teorías del cambio, que pudieran impulsar al equipo de intervención a pensar sobre esto por primera vez, lo que podría a su vez afectar la forma en que se realiza la implementación. El hecho de ser estudiados podría afectar a los equipos y alterar sus comportamientos. Los equipos de evaluación pueden hacerse cómplices escondiendo prácticas que dejen que desear por razones políticas o sociales.
 - b. El equipo de estudio debe reflexionar sobre los papeles que puedan haber jugado sus propias características personales (género, nivel económico, etnia) en las decisiones sobre el diseño del estudio, relaciones mientras que el estudio se encontraba en curso y los efectos sobre los participantes del estudio (por ejemplo, ¿las entrevistas fueron hechas por gente local o externa? ¿Qué efectos podría haber tenido esto? ¿El equipo de evaluación habla el idioma local? De no ser así, ¿cómo se manejaron las posibles discrepancias de traducción?).
 - c. ¿La población en estudio tuvo alguna participación en el diseño, análisis o redacción del estudio? Si así fue, ¿cuáles fueron los efectos? Si no fue así, ¿cómo puede esto haber afectado la interpretación de los hallazgos?
7. En el proceso de la guía hubo una laguna importante con respecto a los costos en los informes considerados en el proceso de la guía. Fueron muy pocos los estudios que informaron sobre los costos de alguna manera, y aún menos los que realizaron análisis de costo/eficacia. Esto reduce la utilidad para los diseñadores de las políticas.

5. Plan para la difusión de las guías

OMS/MCA ha elaborado un plan para difundir la recomendación aquí planteada. El plan inmediato es primero distribuir las guías a las oficinas regionales y nacionales de la OMS y socios clave, y subirlo a la red (WWW). En segundo lugar, se formará un comité directivo para apoyar el desarrollo de un módulo de intervención sobre la movilización de la comunidad usando métodos de aprendizaje participativo y acción. Esto se enfocará en acciones de movilización que abarquen a mujeres y grupos comunitarios con el fin de

mejorar la salud de las madres, recién nacidos y niños como parte del paquete de la OMS y UNICEF *“Cuidados del recién nacido y del niño en la comunidad”*. Esta guía también se usará como base para trabajo futuro con socios clave para fortalecer la base de evidencia de las intervenciones destinadas a promover la de salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño y desarrollar una publicación complementaria a la ya existente: *“Intervenciones, productos y directrices para la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño”*, que se concentra fundamentalmente en intervenciones clínicas.⁹⁷

⁹⁷ Intervenciones, Intervenciones, Productos y Directrices para la Salud Reproductiva, de la Madre, el Recién Nacido y el Niño: Un examen mundial de las intervenciones fundamentales relacionadas con la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño. Ginebra, La Alianza para la SALudSalud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño y la Universidad de Aga Khan, 2011 (http://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/20120321_essential_interventions_sp.pdf?ua=1)

6. Examen y actualización de las recomendaciones

Estas recomendaciones se actualizarán después de cinco años, a medida que se disponga de más evidencia. La OMS y sus socios piensan buscar fondos para trabajar con socios clave con el fin de implementar otras intervenciones que se hayan identificado pero no examinado (por favor, ver el pie de página 16 supra), priorizar las preguntas de investigación que apunten a las lagunas en la investigación indicadas en este informe, determinar los métodos más efectivos para estudiar las preguntas priorizadas, normalizar los criterios de notificación y desarrollar protocolos y apoyar la investigación para hacer frente a las lagunas de evidencia y de información identificadas por el GDG.

REFERENCIAS

- Ahluwalia IB, Schmid T, Kouletio M, and Kanenda O. An evaluation of a community-based approach to safe motherhood in northwestern Tanzania. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2003; 82(2):231-40. doi:10.1016/S0020-7292(03)00081-X.
- Ahluwalia IB, Robinson D, Vallely L, Giesecker KE, and Kabakama A. Sustainability of community-capacity to promote safer motherhood in northwestern Tanzania: what remains?. *Global Health Promotion*. 2010; 17(1): 39-49. doi:10.1177/1757975909356627.
- Andemichael G. Maternity waiting homes: a panacea for maternal/neonatal conundrums in Eritrea. *Journal of the Eritrean Medical Association*. 2008;4:18-21.
- Azad K, Barnett S, Banerjee B, Shaha S, Khan K, Rego AR, et al. Effect of scaling up women's groups on birth outcomes in three rural districts in Bangladesh: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2010;375:1193-202. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60142-0.
- Baqui A, Williams EK, Rosecrans AM, Agrawal PK, Ahmed S, Darmstadt GL, et al. Impact of an integrated nutrition and health programme on neonatal mortality in rural northern India. *Bulletin of the World Health Organization*. 2008;86:796-804.
- Barbey A, Faisal AJ, Myeya J, Stavrou V, Stewart J and Zimicki S. Dinajpur SafeMother Initiative: Final Evaluation Report. Boston: Harvard School of Public Health; 2001 (http://www.mhtf.org/wp-content/uploads/sites/17/2013/02/Publication_6871971.pdf, accessed 12 January 2015).
- Bhutta ZA, Soofi S, Cousens S, Mohammad S, Memon ZA, Ali I, et al. Improvement of perinatal and newborn care in rural Pakistan through community-based strategies: a cluster-randomised effectiveness trial. *Lancet*. 2011;377(9763):403-12. doi: 10.1016/S0140-6736(10)62274-X.
- Bilenko N, Hammel R, and Belmaker I. Utilization of antenatal care services by a semi-nomadic Bedouin Arab population: evaluation of the impact of a local maternal and child health clinic. *Maternal Child Health Journal*. 2007;11:425-30. doi: 10.1007/s10995-007-0193-4.
- Björkman M and Svensson J. Power to the people: evidence from a randomized field experiment on community-based monitoring in Uganda. *The Quarterly Journal of Economics*. 2009;124:735-69. doi: 10.1162/qjec.2009.124.2.735
- Black N. Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care. *BMJ*. 1996; 312(7040): 1215-18. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.312.7040.1215>.
- Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, and Gülmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low-and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reproductive Health*. 2014;11(1):71. doi:10.1186/1742-4755-11-71.
- Breart G, Garel M, and Mlika-Cabanne N. Evaluation of different policies of management of labour for primiparous women. Trial B: Results of the continuous professional support trial. In: Kaminski M editor(s). *Evaluation in Pre, Peri, and Post-natal Care Delivery Systems*. Paris: INSERM,1992:57-68.
- Bruggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJ, Cecatti JG, and Neto AS. Support to woman by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial. *Reproductive Health*. 2007;4:5. doi:10.1186/1742-4755-4-5.
- Reaching emergency obstetric care: overcoming the 'second delay'. Melbourne: Burnet Institute on behalf of Compass: the Women's and Children's Health Knowledge Hub; 2010 (http://www.wchknowledgehub.com.au/sites/default/files/pdf/mnrh_1_2_briefingpaper_Reaching_emergency_obstetric_care_2009.pdf, accessed 27 November 2014).
- Byrne A and Morgan A. How the integration of traditional birth attendants with formal health systems can increase skilled birth attendance. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 2011; 115:127-34. doi: 10.1016/j.ijgo.2011.06.019.
- Campbell DA, Lake MF, Falk M, and Backstrand JR. A randomized control trial of continuous support in labour by a lay doula. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2006;35:456-64. doi: 10.1111/J.1552-6909.2006.00067.x.
- Carroli G, Piaggio G, and Khan-Neelofur D. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *Lancet*. 2001; 357(9268):1565-70. doi:10.1016/S0140-6736(00)04723-1.
- Davis J, Luchters S and Holmes W. Men and maternal and newborn health: benefits, harms, challenges and potential strategies for engaging men. Melbourne: Centre for International Health, Burnet Institute; 2012 (<http://www.men-care.org/data/Men%20and%20>

- Maternal%20and%20Newborn%20Health%20-%20Australia.pdf, accessed 12 January 2015).
- Chandramohan D, Cutts F, and Chandra R. Effects of a maternity waiting home on adverse maternal outcomes and the validity of antenatal risk screening. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 1994; 279–84. doi:10.1016/0020-7292(94)90406-5.
- Chandramohan D, Cutts F, and Millard P. The effect of stay in a maternity waiting home on perinatal mortality in rural Zimbabwe. *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 1995;98:261–7.
- Church-Balin C. Behavior change interventions for safe motherhood: common problems, unique solutions; the MNH program experience. Baltimore: JHPIEGO; 2004 (<http://www.jhpiego.org/files/bcireport.pdf>, accessed 7 January 2015).
- Coast E, Jones E, Portela A, and Lattof SR. Maternity care services and culture: a systematic global mapping of interventions. *PLoS ONE*. 2014;9(9): e108130. doi:10.1371/journal.pone.0108130.
- Colbourn T, Nambiar B, Bondo A, Makwenda C, Tsetekani E, Makonda-Ridley A, et al. Effects of quality improvement in health facilities and community mobilization through women’s groups on maternal, neonatal and perinatal mortality in three districts of Malawi: MaiKhanda, a cluster randomised controlled effectiveness trial. *International Health*. 2013;5(3):180–95. doi:10.1093/inthealth/iht011.
- Darmstadt, GL, Choi, Y, Arifeen, SE, Bari, S, Rahman, S.M, Mannan, I, Seraji, HR, et al. Evaluation of a cluster-randomized controlled trial of a package of community-based maternal and newborn interventions in Mirzapur, Bangladesh. *PloS one*. 2010;5(3):e9696. doi:10.1371/journal.pone.0009696.
- Dickinson JE, Paech MJ, McDonald SJ and Evans SF. The impact of intrapartum analgesia on labour and delivery outcomes in nulliparous women. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2002;42(1):59–66. doi:10.1111/j.0004-8666.2002.00065.x.
- Quality assessment tool for quantitative studies. Hamilton, ON: Effective Public Health Practice Project; 1998 (<http://www.ehphp.ca/index.html>, accessed on 7 January 2015).
- Testing approaches for increasing skilled care during childbirth : key findings from Homabay and Migori Districts. Nairobi, Kenya: Family Care International Kenya; 2007 (<http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/SCI%20Kenya%20Summary%20Report%20-%2030Oct07.pdf>, accessed 7 January 2015).
- Testing approaches for increasing skilled care during childbirth : key findings from Igunga district. Tanzania: Family Care International; 2007 (<http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/SCI%20Tanzania%20Report%20March%202008.pdf>, accessed 7 January 2015).
- Fauveau V, Stewart K, Khan SA, and Chakraborty J. Effect on mortality of community-based maternity-care programme in rural Bangladesh. *The Lancet*. 1991;338: 1183–1991.
- Fonseca-Becker F and Schenck-Yglesias. Measuring the effects of behavior change and service delivery interventions in Guatemala with population-based survey results. Baltimore: JHPIEGO; 2004 (http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADA611.pdf, accessed 7 January 2015).
- Fottrell E, Azad K, Kuddus A, Younes L, Shaha S, Nahar T, et al. The effect of increased coverage of participatory women’s groups on neonatal mortality in Bangladesh: a cluster-randomised trial. *Journal of the American Medical Association*. 2013;167(9):816–25. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.2534.
- Frankenberg E, Bутtenheim A, Sikoki B, and Suriastini W. Do women increase their use of reproductive health care when it becomes more available? evidence from Indonesia. *Studies in Family Planning*. 2009;40(1):27–38. doi:10.1111/j.1728-4465.2009.00184.x.
- Fullerton J, Killian R, and Gass PM. Outcomes of a community-and home-based intervention for safe motherhood and newborn care. *Health Care for Women International*. 2005;26:561–76. doi:10.1080/07399330591004881.
- Gabrysch S, Lema C, Bedriřana, Bautista MA, Malca R, Campbell OM, et al. Cultural adaptation of birthing services in rural Ayacucho, Peru. *Bull World Health Organ*. 2009;87:724–9. doi:10.2471/BLT.08.057794.
- Ganju S, Khanna R, Taparia M, and Hardikar N. Promoting accountability for maternal health through report card. *COPASAH Communique*. 2014;8:3–5,33.
- Gaym A, Pearson L, and Soe KW. Maternity waiting homes in Ethiopia – three decades experience. *Ethiopian medical journal*. 2012;50(3):209–19.
- Grading of recommendation, assessment, development and evaluation – a system for assessing the quality of evidence [website]. GRADE Working group. (<http://www.gradeworkinggroup.org/>, accessed 7 January 2015).
- Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schünemann HJ; GRADE Working Group. Rating quality of evidence and strength of recommendations: what is “quality of evidence” and why is it important to

- clinicians? *BMJ*. 2008;336(7651):995–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39490.551019.BE>.
- Harkins T, Drasbek C, Arroyo J, and McQuestion M. The health benefits of social mobilization: experiences with community-based Integrated Management of Childhood Illness in Chao, Peru and San Luis, Honduras. *Promotion and Education*. 2008;15(2): 15–20. doi: 10.1177/1025382308090340.
- Hodgins S, Mcpherson R, Suvedi BK, Shrestha RB, Silwal RC, Ban B, et al. Testing a scalable community-based approach to improve maternal and neonatal health in rural Nepal. *Journal of Perinatology*. 2010;30(6):388–95. doi:10.1038/jp.2009.181.
- Hodnett ED, Lowe NK, Hannah ME, Willan AR, Stevens B, Weston JA et al. Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals: a randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*. 2002;288(11):1373–81. doi:10.1001/jama.288.11.1373.
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ and Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013;(7): CD003766. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub5.
- Hofmeyr GJ, Nikodem CV, Wolman WL, Chalmers BE, and Kramer T. Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1991;98:756–64. doi: 10.1111/j.1471-0528.1991.tb13479.x.
- Hossain J and Ross SR. The effect of addressing demand for as well as supply of emergency obstetric care in Dinajpur, Bangladesh. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2006;92(3):320–8. doi:10.1016/j.ijgo.2005.09.029.
- Hounton, S, Menten, J, Ouédraogo, M, Dubourg, D, Meda, N, Ronsmans, C, Byass, P, et al. Effects of a skilled care initiative on pregnancy-related mortality in rural Burkina Faso. *Tropical medicine and International Health*. 2008;13 Suppl 1:53–60. doi:10.1111/j.1365-3156.2008.02087.x.
- Hussein J, Kanguru L, Astin M, and Munjanja S. The effectiveness of emergency obstetric referral interventions in developing country settings: a systematic review. *PLoS Medicine*. 2012;9:1–12. doi: 10.1371/journal.pmed.1001264.
- IAP2 public participation spectrum. Wollongong, Australia: International Association for Public Participation; year (<https://www.iap2.org.au/documents/item/84>, accessed 23 January 2015).
- Jan S, Conaty S, Hecker R, Bartlett M, Delaney S, Capon T. An holistic economic evaluation of an Aboriginal community-controlled midwifery programme in Western Sydney. *Journal of Health Services Research and Policy*. 2004;9:14–21. doi: 10.1258/135581904322716067.
- Jewell NA and Russell KM. Increasing access to prenatal care: an evaluation of minority health coalitions' early pregnancy project. 2000;17(2):93–105. doi: 10.1207/S15327655JCHN1702_4.
- Julnes G. Community-based perinatal care for disadvantaged adolescents: evaluation of the resource mothers program. *Journal of Community Health*. 1994; 19(1):41–53. doi: 10.1007/BF02260520.
- Kaseje D, Olayo R, Musita C, Oindo CO, Wafula C, and Muga R. Evidence-based dialogue with communities for district health systems' performance improvement. *Global Public Health*. 2010;5(6): 595–610. doi: 10.1080/17441690903418969.
- Kaufman JL, Liu Y, and Fang, J. Improving reproductive health in rural China through participatory planning. *Global Public Health*. 2012;7(8): 856–68. doi: 10.1080/17441692.2012.674958.
- Kelly J, Kohls E, Poovan P, Schiffer R, Redito A, Winter H, and MacArthur C. The role of a maternity waiting area (MWA) in reducing maternal mortality and stillbirths in high-risk women in rural Ethiopia. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2010;117(11):1377–83. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02669.x.
- Kennell J, Klaus M, McGrath S, Robertson S, and Hinkley C. Continuous emotional support during labor in a US hospital: a randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*. 1991;265(17):2197–2201. doi:10.1001/jama.1991.03460170051032.
- Kildea S, Stapleton H, Murphy R, Low NB, and Gibbons K. The Murri clinic: a comparative retrospective study of an antenatal clinic developed for Aboriginal and Torres Strait Islander women. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2012;12:159. doi:10.1186/1471-2393-12-159.
- Kumar V, Mohanty S, Kumar A, Misra RP, Santosham M, Awasthi S, et al. Effect of community-based behaviour change management on neonatal mortality in Shivgarh, Uttar Pradesh, India: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2008; 372:1151–62. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61483-X.
- Kumar V, Kumar A, Das V, Srivastava NM, Baqui, AH, Santosham M., and Darmstadt GL. Community-driven impact of a newborn-focused behavioral intervention on maternal health in Shivgarh, India. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 2012;117(1):48–55. doi:10.1016/j.ijgo.2011.10.031.

- Langer A, Camper L, Garcia C, and Reynoso S. Effects of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions, and mothers' wellbeing in a Mexican public hospital: a randomised clinical trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1998;105(10):1056-63. doi: 10.1111/j.1471-0528.1998.tb09936.x.
- Larsen JV and Muller EJ. Obstetric care in a rural population. *South African Medical Journal*. 1978; 54(27):1137-40.
- Lee AC, Lawn JE, Cousens S, Kumar V, Osrin D, Bhutta ZA, et al. Linking families and facilities for care at birth: what works to avert intra-partum related deaths. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 2009;107(Suppl 1):S65-85, S86-8. doi: 10.1016/j.ijgo.2009.07.012.
- Lewycka S, Mwansambo C, Rosato M, Kazembe P, Phiri T, Mganga A, et al. Effect of women's groups and volunteer peer counselling on rates of mortality, morbidity, and health behaviours in mothers and children in rural Malawi (MaiMwana): a factorial, cluster randomised controlled trial. *Lancet*. 2013;381:1721-35. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61959-X.
- Lungu, Kamfosa V, Hussein J, and Ashwood-Smith H. Are bicycle ambulances and community transport plans effective in strengthening obstetric referral systems in Southern Malawi? *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2001;12(2):16-8. doi: 10.1016/S0020-7292(00)85200-5.
- Malhotra A, Mathur S, Pande R and Roca E. Nepal: the distributional impact of participatory approaches on reproductive health for disadvantaged youths. Washington, D.C.: The World Bank, 2005 (<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/13687/324190HNPNepalMalhotraFinal.pdf?sequence=1>, accessed 7 January 2015).
- Manandhar DS, Osrin D, Shrestha BP, Mesko N, Morrison J, Tumbahangphe KM, et al. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster randomised controlled trial. *Lancet*. 2004;364(9438):970-79.
- Marsiglia FF, Bermudez-Parsai M and Coonrod D. Familias Sanas: An intervention designed to increase rates of postpartum visits among Latinas. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2010;21(3):119-31. doi: 10.1353/hpu.0.0355.
- Marston C, Renedo A, McGowan CR and Portela A. Effects of community participation on improving uptake of skilled care for maternal and newborn health: a systematic review. *PLoS ONE*. 2013;8(2): e55012. doi:10.1371/journal.pone.
- EPPI-Reviewer 4 [online database]. London: MASCOT/MH-SAR Map of Maternal Health Research (<http://eppi.ioe.ac.uk/webdatabases4/Intro.aspx?ID=11>, accessed 7 January 2015).
- Mason E. S. The Asian mother and baby campaign (the Leicestershire experience). *Journal of the Royal Society of Health*. 1990;110(1): 1-4, 9. doi: 10.1177/146642409011000101.
- Mathur S, Mehta M and Malhotra A. Youth reproductive health in Nepal – is participation the answer? Washington, D.C.: International Center for Research on Women, EngenderHealth; 2004 (<http://www.icrw.org/files/publications/Youth-Reproductive-Health-in-Nepal-Is-Participation-the-Answer.pdf>, accessed 12 January 2015).
- McPherson RA, Khadka N, Moore JM, and Sharma M. Are birth-preparedness programmes effective? Results from a field trial in Siraha district, Nepal. *Journal of Health, Population and Nutrition*. 2006;24(4):479-88.
- Midhet F and Becker S. Impact of community-based interventions on maternal and neonatal health indicators: results from a community randomized trial in rural Balochistan, Pakistan. *Reproductive health*. 2010;7(1):30. doi:10.1186/1742-4755-7-30.
- Millard P, Bailey J, and Hanson J. Antenatal village stay and pregnancy outcome in rural Zimbabwe. *The Central African Journal of Medicine*. 1991;37:1-4.
- Miltenburg AS, Roggeveen Y, van Elteren M, Shileds L, Bunders J, van Roosmalen J, et al. A protocol for a systematic review of birth preparedness and complication readiness programs. *Systematic Reviews*. 2013; 2:1-8. doi:10.1186/2046-4053-2-11.
- Moran AC, Sangli G, Dineen R, Rawlins B, Yaméogo M, and Baya B. Birth-preparedness for maternal health : findings from Koupéla district, Burkina Faso. *Journal of Health, Population and Nutrition*. 2006;24(4):489-497.
- More NS, Bapat U, Das S, Alcock P, Patil S, Porel M et al. Community mobilization in Mumbai slums to improve perinatal care and outcomes: a cluster randomised controlled trial. *PLoS Med*. 2012;9:e1001257. doi: 10.1371/journal.pmed.1001257.
- Morhason-Bello IO, Babtunde OA, Ojengbede OA, Olayemi O, Oladokun A, and Fabamwo AO. Assessment of the effect of psychosocial support during childbirth in Ibadan, south-west Nigeria: A randomised controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2009;49:145-50. doi: 10.1111/j.1479-828X.2009.00983.x.

- Muir HA, Hodnett ED, Hannah ME, Lowe NK, Willan AR, Stevens B et al. The influence of continuous labor support on the choice of analgesia, ambulation and obstetric outcome. *Anesthesiology*. 2002;96(Suppl 1):P44.
- Mullany LC, Lee TJ, Yone L, Lee CI, Teela KC, Paw P, et al. Impact of community-based maternal health workers on coverage of essential maternal health interventions among internally displaced communities in eastern Burma: the MOM project. *PLoS Medicine*. 2010;7(8):1000317. doi:10.1371/journal.pmed.1000317.
- Mushi D, Mpembeni R, and Jahn A. Effectiveness of community based safe motherhood promoters in improving the utilization of obstetric care. The case of Mtwara rural district in Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2010;10:14. doi:10.1186/1471-2393-10-14.
- Nel P and Pashen D. Shared antenatal care for Indigenous patients in a rural and remote community. *Australian Family Physician*. 2003;32(3):127-31.
- Panaretto KS, Lee HM, Mitchell MR, Larkins SL, et al. Impact of a collaborative shared antenatal care program for urban Indigenous women: a prospective cohort study. *Medical Journal of Australia*. 2005;182(10):514-9.
- Panaretto KS, Mitchell MR, Anderson L, Larkins S, Manassis V, Buettner PG, et al. Sustainable antenatal care services in an urban Indigenous community: the Townsville experience. *Medical Journal of Australia*. 2007;187(1):18-22.
- Pandey P, Sehgal AR, Riboud M, Levine D, and Goyal M. Informing resource-poor populations and the delivery of entitled health and social services in rural India: a cluster randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*. 2007;298:1867-75. doi: 10.1001/jama.298.16.1867.
- Birth rights: new approaches to safe motherhood. London: Panos Institute; 2001 (http://panos.org.uk/wp-content/files/2011/03/birth_rights0TJZQL.pdf, accessed 26 November 2014).
- Parsons L and Day S. Improving obstetric outcomes in ethnic minorities: an evaluation of health advocacy in Hackney. *Journal of Public Health Medicine*. 1992;14(2):183-91.
- Paxman JM, Sayeed A, Buxbaum A, Huber SC and Stover C. The India local initiatives program: a model for expanding reproductive and child health services. *Studies in Family Planning*. 2005;36(3): 203-20. doi: 10.1111/j.1728-4465.2005.00062.x.
- Poovan P, Kifle F, and Kwast BE. A maternity waiting home reduces obstetric catastrophes. *World Health Forum*. 1990; 11(4):440-5.
- Prost A, Colbourn T, Seward N, Azad K, Coomarasamy A, Copas A et al. Women's groups practising participatory learning and action to improve maternal and newborn health in low-resource settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2013;381(9879):1736-46. doi:10.1016/S0140-6736(13)60685-6.
- Purdin S, Khan T, and Saucier R. Reducing maternal mortality among Afghan refugees in Pakistan. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2007;105(1):82-5. doi:10.1016/j.ijgo.2008.12.021.
- Ronsmans C, Endang A, Gunawan S, Zazri A, Mcdermott J, Koblinsky M, et al. Evaluation of a comprehensive home-based midwifery programme in South Kalimantan, Indonesia. *Tropical Medicine and International Health*. 2001;6(10):799-810. doi: 10.1046/j.1365-3156.2001.00780.x.
- Sahip Y and Turan JM. Education for expectant fathers in workplaces in Turkey. *Journal of Biosocial Science*. 2007; 39: 843-60. doi: 10.1017/S0021932007002088.
- Simonet F, Wilkins R, Labranche E, Smylie J, Heaman M, Martens P, et al. Primary birthing attendants and birth outcomes in remote Inuit communities—a natural “experiment” in Nunavik, Canada. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2009;63(7):546-51. doi:10.1136/jech.2008.080598.
- Sinha D. Empowering communities to make pregnancy safer: an intervention in rural Andhra Pradesh. New Delhi: Population Council; 2008 (www.popcouncil.org/uploads/pdfs/wp/India_HPIF/005.pdf?origin=publication_detail, accessed 7 January 2015).
- Skinner J and Rathavy T. Design and evaluation of a community participatory, birth preparedness project in Cambodia. *Midwifery*. 2009;25(6):738-43. doi:10.1016/j.midw.2008.01.006.
- Sood S, Chandra U, Mishra P and Neupane S. Measuring the effects of behavior change interventions in Nepal with population-based survey results. Baltimore: JHPIEGO; 2004 (http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADA614.pdf, accessed 7 January 2015).
- Sood S, Chandra U, Palmer A and Molyneux I. Measuring the effects of the SIAGA behavior change campaign in Indonesia with population-based survey results. Baltimore: JHPIEGO; 2004 (http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADA613.pdf, accessed 7 January 2015).
- Spaans WA, van Roosmalen and van Wiechen CMAG. A maternity waiting home experience in Zimbabwe. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 1998;61(2):179-80.

- Thompson M, Curry MA, and Burton D. The effects of nursing case management on the utilization of prenatal care by Mexican-Americans in rural Oregon. *Public Health Nursing*. 1998;15(2): 82-90. doi: 10.1111/j.1525-1446.1998.tb00326.x.
- Torres J, Kopplin E, Peña V, Klaus M, Salinas R, and Herrera M. Impacto del apoyo emocional durante el parto en la disminucion de cesareas y gratificacion del proceso. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 1999;64(5):405-12 (in Spanish).
- Tripathy P, Nair N, Barnett S, Mahapatra R, Borghi J, Rath S, et al. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes and maternal depression in Jharkhand and Orissa, India: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2010;375:1182-92. doi: 10.1016/S0140-6736(09)62042-0.
- Tumwine JK and Dungare PS. Maternity waiting shelters and pregnancy outcome experience from a rural area in Zimbabwe. *Annals of Tropical Paediatrics*. 1996;16:55-9.
- Turan, J, Tesfagiorgis, M, and Polan, M. Evaluation of a community intervention for promotion of safe motherhood in Eritrea. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2011;56(1), 8-17. doi:10.1111/j.1542-2011.2010.00001.x.
- Technical guidance on the application of a human-rights based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality. New York: United Nations Human Rights Council; 2012 (http://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22_en.pdf, accessed 26 November 2014).
- Maternal and perinatal death inquiry and response: empowering communities to avert maternal deaths in India. New Delhi: United Nations Children's Fund; 2008 (http://www.unicef.org/india/MAPEDIR-Maternal_and_Perinatal_Death_Inquiry_and_Response-India.pdf, accessed 26 November 2014).
- van den Heuvel OA, de Mey WG, Buddinigh H and Bots ML. Use of maternal care in a rural area of Zimbabwe: a population-based study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 1999;78(10):838-46.
- van Lonkhuijzen L, Stegeman M, Nyirongo R, and van Roosmalen J. Use of maternity waiting home in rural Zambia. *South African Journal of Reproductive Health/La Revue Africaine de la Santé*. 2003; 7:32-6. doi: 10.2307/3583343.
- van Lonkhuijzen L, Stekelenburg J, and van Roosmalen J. Maternity waiting facilities for improving maternal and neonatal outcome in low-resource countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009; 8(3): Art. No.: CD006759. doi: 10.1002/14651858.CD006759.pub3.
- Varkey LC, Mishra A, Das A, Ottolenghi E, Huntington D, Adamchak S et al. Involving men in maternity care in India. *Frontiers in Reproductive Health Program Population Council*; 2004 (http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/India_MIM.pdf, accessed 12 January 2015).
- Vieira C, Portela A, Miller T, Coast E, Leone T, and Marston C. Increasing the use of skilled health personnel where traditional birth attendants were providers of childbirth care: a systematic review. *PLoS ONE*. 2012;7(10):e47946. doi:47910.41371/journal.pone.0047946.
- Walsh D and Downe S. Appraising the quality of qualitative research. *Midwifery*. 2006;22(2):108-119. DOI: 10.1016/j.midw.2005.05.004.
- Wild K, Barclay L, Kelly P, and Martins N. The tyranny of distance: maternity waiting homes access to birthing facilities in rural Timor-Leste. *Bull World Health Organ*. 2012;90:97-103. doi:10.2471/BLT.11.088955.
- Wilson A, Hillman S, Rosato M, Skelton J, Costello A, Hussein J, et al. A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies on maternal emergency transport in low-and middle income countries. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2013;122(3):192-201. doi: 10.1016/j.ijgo.2013.03.030.
- The Ottawa Charter for Health Promotion [website]. Geneva: World Health Organization; 1986 (<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>, accessed 30 March 2014).
- Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant. A joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva: World Health Organization, 2004 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591692.pdf?ua=1>, accessed 28 January 2015).
- Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank. Geneva: World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/whosis/mme_2005.pdf, accessed on 7 January 2015).
- UN Secretary-General global strategy for women's and children's health. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/20100914_gswch_en.pdf?ua=1, accessed 7 January 2015).
- Working with individuals, families, and communities to improve maternal and newborn health. Geneva: World Health Organization, 2010. (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_fch_rhr_0311/en/, accessed 26 November 2014).

Essential interventions, commodities and guidelines for reproductive, maternal, newborn and child health: a global review of the key interventions related to reproductive, maternal, newborn and child Health. Geneva, The Partnership for Maternal Health, Newborn and Child Health and the Aga Khan University, 2011. (http://www.who.int/entity/pmnch/topics/part_publications/essential_interventions_18_01_2012.pdf?ua=1, accessed 28 January 15).

WHO Recommendations - OptimizeMNH: optimizing health worker roles for maternal and newborn health. Geneva: World Health Organization; 2012. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/1/9789241504843_eng.pdf, accessed 7 January 2015).

Counselling for maternal and newborn health care: a handbook for building skills. Geneva: World Health Organization; 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44016/1/9789241547628_eng.pdf?ua=1, accessed on 8 January 2015).

WHO handbook for guideline development. Geneva, World Health Organization, 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75146/1/9789241548441_eng.pdf, accessed 30 March 2014).

Accountability commission for health of women and children. Geneva: World Health Organization; 2014. (http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/accountability_commission/en, accessed on 15 December 2014).

WHO recommendations for augmentation of labour. Geneva: World Health Organization; 2014. (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/augmentation-labour/en/, accessed 7 January 2015).

WHO recommendation on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health. Geneva, World Health Organization, 2014. (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community-mobilization-maternal-newborn/en/, accessed 27 November 2014).

Yadamsuren B, Meriardi M, Davaadorj I, Requejo JH, Betrán AP, Ahmad A, et al. Tracking maternal mortality declines in Mongolia between 1992 and 2007: the importance of collaboration. Bull World Health Organization. 2010;88:192-8. doi:10.2471/BLT.08.061747.

APÉNDICE 1

Expertos externos y personal de la OMS que participaron en la preparación de la Guía

Grupo de Desarrollo de Guías- - 2014

Ernestina Coast
London School of Economics
Londres, REINO UNIDO
Email: E.Coast@lse.ac.uk

Liz Comrie-Thomson
Centre for International Health
The Macfarlane Burnet Institute for Medical Research
and Public Health
Melbourne, Victoria, AUSTRALIA
Email: lcomriethomson@burnet.edu.au

Sue England
World Vision International
Sydney, NGS, AUSTRALIA
Email: sue_england@wvi.org

Asha George
Bloomberg School of Public Health
Johns Hopkins University
Baltimore, MD, E.U.A.
Email: ageorg22@jhu.edu

Steve Hodgins (co-Chair)
Saving Newborn Lives,
Save The Children
Washington, DC, E.U.A.
Email: shodgins@savechildren.org

David Houeto
Consultor independiente
Cotonou, BENIN
Email: dhoueto@yahoo.fr

Lisa Howard-Grabman
Training Resources Group, Inc.
Arlington, E.U.A.
Email: lhowardg@trg-inc.com

Tamar Kabakian
American University of Beirut
Beirut, LÍBANO
Email: tk00@aub.edu.lb

Mike Mbizvo – Chair
University of Zimbabwe Medical School
Avondale, Harare, ZIMBABUE
Email: mmbizvo@uz-ucsf.co.zw

Raul Mercer
CISAP (Centre for Research in Population Health)
Hospital Durand
Buenos Aires, ARGENTINA
Email: raulmercer@gmail.com

Tina Miller
Oxford Brookes University
Oxford, REINO UNIDO
Email: tamiller@brookes.ac.uk

Stephen Munjanja
University of Zimbabwe
Harare, ZIMBABUE
Email: spmunjanja@gmail.com

Janet Perkins
Enfants du Monde
Grand-Saconnex, SUIZA
Email: janet.perkins@edm.ch

Lars Åke Persson
International Maternal and Child Health Department
Uppsala University
Uppsala, SUECIA
Email: Lars-ake.persson@kbh.uu.se

Ishwori Devi Shrestha
Ministry of Health and Population
Government of Nepal
Katmandú, NEPAL
Email: ishworids@yahoo.com

Andrea Solnes Miltenburg
Women-Centered Care Project (WCCP)
Mwanza, REPÚBLICA DE TANZANIA
Email: a.solnesmiltenburg@gmail.com

Organismos de Naciones Unidas

Alma Virginia Camacho (co-Chair)
United Nations Population Fund
Latin America and the Caribbean Regional Office
Ciudad de Panamá, PANAMÁ
Email: vcamacho@unfpa.org

Luc de Bernis / Lucia Di Rosa
United Nations Population Fund
Châtelaine, SUIZA
Email: debernis@unfpa.org

Molline Marume
UN Women
Harare, ZIMBABUE
Email: molline.marume@unwomen.org

Observadores

Helga Fogstad
Agencia Noruega de Cooperación para el Desarrollo
Oslo, NORUEGA
Email: Helga.Fogstad@norad.no

Allisyn Moran
USAID/Bureau for Global Health
Washington, DC, E.U.A.
Email: amoran@usaid.gov

Secretaría técnica

Cicely Marston
London School of Hygiene and Tropical Medicine
Londres, REINO UNIDO
Email: cicely.marston@lshtm.ac.uk

Helen Smith
University of Manchester
Manchester, REINO UNIDO
Email: helen.smith-4@manchester.ac.uk

Grupo de Desarrollo de Guías - 2013

Isabelle Cazottes
Saint Laurent
Gaillac, FRANCIA
Email: cazottes.isabelle@wanadoo.fr

Anthony Costello (Responsable de recursos para el Día 1)
UCL Institute for Global Health
Londres, REINO UNIDO
Email: anthony.costello@ucl.ac.ukk

Jessica Davis
Women's and Children's Health Knowledge Hub
The Macfarlane Burnet Institute for Medical Research
and Public Health Ltd
Melbourne, Victoria, AUSTRALIA
Email: jdavis@burnet.edu.au

Asha George
Bloomberg School of Public Health
Johns Hopkins University
Baltimore, MD, E.U.A.
Email: asgeorge@jhsph.edu

David Houeto
Cotonou, BENIN
Email: dhoueto@yahoo.fr

Lisa Howard-Grabman
OD Consultant/Trainer
Training Resources Group, Inc.
Arlington, VA, E.U.A.
Email: lhowardg@trg-inc.com

Eleri Jones
London School of Economics
Londres, REINO UNIDO
Email: E.W.Jones@lse.ac.uk

Mike Mbizvo - Chair
UZ-UCSF Programme on Women's Health,
Department of Obstetrics and Gynaecology,
University of Zimbabwe Medical School,
Avondale, Harare, ZIMBABUE
Email: mmbizvo@uz-ucsf.co.zw

Raul Mercer
CISAP (Center for Research in Population Health)
Hospital Durand
Buenos Aires, ARGENTINA
Email: raulmercer@gmail.com

Omrana Pasha
Departments of Community Health Sciences and Family
Medicine
Aga Khan University
Karachi, PAKISTAN
Email: omrana.pasha@aku.edu

Lars Åke Persson
International Maternal and Child Health Department
Uppsala University
Uppsala, SUECIA
Email: Lars-ake.persson@kbh.uu.se

Audrey Prost – (Resource Person for Day 1)
Faculty of Population Health Sciences
UCL Institute for Child Health
Londres, REINO UNIDO
Email: audrey.prost@ucl.ac.uk

Carlo Santarelli
Enfants du Monde
Grand-Saconnex, SUIZA
Email: secretairegeneral@edm.ch

Rachmalina Soerachman
Centre for Public Health Intervention Technology,
National Institute of Health Research and Development
Ministry of Health
Jakarta, INDONESIA
Email: rachmalina.soerachman@kemkes.go.id

Mesfin Teklu
World Vision International
Nairobi, KENIA
Email: mesfin_teklu@wvi.org

Organismos de Naciones Unidas

Kim Dickson
United Nations Children's Fund
New York, NY, E.U.A.
Email: kdickson@unicef.org

Observadores

Carolyn Blake
Swiss Centre for Health
Swiss Tropical and Public Health Institute
Basilea, SUIZA
Email: Carolyn.Blake@unibas.ch

Secretaría técnica
Naira Kalra
Ginebra, SUIZA
Email: nairakalra@gmail.com

Cicely Marston
Faculty of Public Health and Policy
London School of Hygiene and Tropical Medicine
Londres, REINO UNIDO
Email: cicely.marston@lshtm.ac.uk

Josephine Kavanagh
Social Science Research Unit and EPPI Centre,
Institute of Education, University of London
Frodsham, REINO UNIDO
Email: J.Kavanagh@ioe.ac.uk

Loveday Penn-Kekana
Centre for Health Policy
University of Witwatersrand
Wits, SUDÁFRICA
Email: Loveday.Penn-Kekana@lshtm.ac.uk

Personal de la OMS que participó en la preparación de la guía

Oficina Regional para África – AFRO

Seipati Mothebesoane-Anoh
World Health Organization
Oficina Regional para África
IST West Africa
Ouagadougou, BURKINA FASO
Email: mothebesoanea@who.int

Oficina Regional para las Américas – AMRO

Pablo Duran
Oficina Regional para las Américas
Centro Latino Americano de Perinatología (CLAP/SMR)
Montevideo, URUGUAY
Email: duranpa@who.int

Ruben Grajeda
Oficina Regional para las Américas
Washington DC, E.U.A.
Email: grajedar@who.int

Oficina Regional para el Sudeste Asiático – SEARO

Martin Weber
Oficina Regional para el Sudeste Asiático
World Health House
New Delhi, INDIA
Email: weberm@who.int

Ginebra

Rajiv Bahl
Coordinator, MRD
Department of Maternal, Newborn, Child and
Adolescent Health (WHO/MCA)
Email: bahlr@who.int

Matthews Mathai
Coordinator, EME
WHO/MCA
Email: mathaim@who.int

Nicole Grillon
WHO/MCA
Email: grillonn@who.int

Fran McConville
WHO/MCA
Email: mcconvillef@who.int

Anayda Portela
WHO/MCA
Email: portelaa@who.int

Shamim Ahmad Qazi
WHO/MCA
Email: qazis@who.int

Nigel Rollins
WHO/MCA
Email: rollinsn@who.int

Severin von Xylander
WHO/MCA
Email: xylanders@who.int

Essee Oruma
Intern
WHO/MCA

Gail Robson
Intern
WHO/MCA

Elizabeth Centeno Tablante
Intern
WHO/MCA

Avni Amin
Department of Reproductive Health and Research
(WHO/RHR)
Email: amina@who.int

Metin Gulmezoglu
WHO/RHR
Email: gulmezoglum@who.int

Rajat Khosla
WHO/RHR
Email: khoslar@who.int

Susan Norris
Department of Knowledge Management and Sharing
Department (WHO/KMS)
Email: norriss@who.int

Kwok-Cho Tang
Department of Prevention of Noncommunicable
Diseases (WHO/PND)
Email: tangkc@who.int

APÉNDICE 2

Autores del informe final, revisiones sistemáticas y documentos de antecedentes de cada recomendación

Informe final – Recomendaciones de la OMS acerca de intervenciones destinadas a promover la salud materna y neonatal

Anayda Portela, OMS/MCA coordinó la elaboración de la guía y redactó este documento con Helen Smith de la Universidad de Manchester y Cicely Marston del London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Helen Smith, de la Universidad de Manchester, revisó la evidencia y preparó las Tablas GRADE con el apoyo de Rebecca Smyth de la Universidad de Manchester. Las Tablas Grade fueron revisadas por Anayda Portela, los investigadores principales de SR (Andrea Solnes Miltenburg, Liz Comrie-Thomson, Asha George, Ernestina Coast y Cicely Marston) y en la reunión de GDG.

La guía fue examinada por los miembros del GDG y los principales autores de SR. Todas las decisiones referentes a las recomendaciones se hicieron en consulta con el GDG y colegas de la OMS.

Otros revisores que hicieron aportes importantes: Rajiv Bahl, OMS/MCA; Matthews Mathai, OMS/MCA; Rajat Khosla, OMS/RHR; Avni Amin, OMS/RHR; Essee Oruma, pasante en OMS/MCA; OMS GRC; Julia Hussein, Universidad de Aberdeen; Mona Moore, consultor independiente; Ariadna Capasso, Family Care International; Glenn Laverack, consultor independiente; y Luc van Lonkhuijzen, Academic Medical Centre en Amsterdam.

Editor técnico: Belinda Glynn

Mapeo de la investigación sobre la salud materna de MASCOT/MH-SAR

Intervenciones sobre el sistema sanitario y basadas en la comunidad para mejorar la salud materna y destinadas a reducir las inequidades en la salud materna en países de renta baja y media: Etapa Uno – identificación y mapeo de la literatura. <http://epi.ioe.ac.uk/webdatabases4/Intro.aspx?ID=11>

Respaldado por el Séptimo Programa Marco (FP7/2007-2013) de la Unión Europea bajo el acuerdo de subvenciones n° 282507 y NWO/Wotro (Organización Holandesa para la Investigación Científica, WOTRO Science for Global Development).

El equipo de revisión de MASCOT/MH-SAR incluyó a Ashar Dhana, Duane Blaauw, Elinor Kern, Emily Vargas, Francisco Becerra-Posada, Josephine Kavanagh, Langelihle Mlotshwa, Leon Bijlmakers, Loveday Penn-Kekana, Mari Dumbaugh, Matthew Chersich, Priya Mannava, Sipiwe Thwala y Victor Becerril-Montekio.

El apoyo técnico y financiero para la codificación de intervenciones de promoción de salud destinadas a mejorar la SMN fue proporcionado por OMS/MCA, y hecho posible a través de una subvención recibida de la Agencia Noruega de Cooperación para el Desarrollo (NORAD).

La codificación para las intervenciones de promoción de salud para mejorar la SMN estuvo a cargo de Loveday Penn-Kekana, Mari Dumbaugh, Josephine Kavanagh, Anayda Portela y Matthew Chersich. Sapna Magnani y Yeon Lee también colaboraron como pasantes de OMS/MCA

Recomendación 1: Intervenciones sobre PPPC

Revisión sistemática: Solnes Miltenburg A, Roggeveen Y, Shields L, van Elteren M, van Roosmalen J, Stekelenburg J, Portela A. Birth preparedness and complication readiness programmes: a systematic review. (A publicarse en breve).

Soubeiga D, Gauvin L, Hatem M A, Johri M. Birth Preparedness and Complication Readiness (BPCR) interventions to reduce maternal and neonatal mortality in developing countries: systematic review and metaanalysis. BMC pregnancy and childbirth [Internet]. 2014 Jan;14:129. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24708719>

Documento sobre contexto y condiciones: Andrea Solnes Miltenburg y Yadira Roggeveen, no publicado, (2014).

Recomendación 2: Intervenciones para fomentar el involucramiento de los hombres

Revisión sistemática: Tokhi M, Comrie-Thomson L, Portela A, Chersich M y Luchters S. Male involvement for improved maternal and newborn health outcomes: a systematic review. (A publicarse en breve).

Documento sobre contexto y condiciones: Renu Khanna, no publicado, (2014).

Recomendación 3: Intervenciones destinadas a sensibilizar sobre derechos humanos / derechos sexuales y reproductivos y el derecho a acceder a atención calificada de calidad

Revisión sistemática: George A, Branchini C, Portela A. Interventions that promote awareness of human rights, sexual and reproductive rights and/or rights to access quality care as a means to increase demand for or use of health care to improve maternal and newborn health outcomes: A systematic review. (A publicarse en breve).

Documento sobre contexto y condiciones: Asha George y Casey Branchini, Johns Hopkins University, Bloomberg School of Public Health, no publicado, (2014).

Recomendación 4: Hogares de espera materna

Revisión sistemática: Chersich M y Portela A

Revisión sistemáticas existentes:

- ◀ Van Lonkhuizen L, Stekelenburg J y van Roosmalen J. Maternity waiting facilities for improving maternal and neonatal outcome in low-resource countries. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012; (10): CD006759. doi:10.1002/14651858.CD006759.pub3.
- ◀ Hussein J, Kanguru L, Astin M and Munjanja S (2012) The Effectiveness of Emergency Obstetric Referral Interventions in Developing Country Settings: A Systematic Review. PLoS Med. 2012;9(7): e1001264. doi:10.1371/journal.pmed.1001264.

Documento sobre contexto y condiciones: Julia Hussein, Universidad de Aberdeen, y Stephen Munjanja, Universidad de Zimbabue, no publicado, (2014).

Recomendación 5: esquemas de transporte organizados por la comunidad

Revisión sistemática: Chersich M y Portela A

Revisión sistemáticas existentes

- ◀ Hussein J, Kanguru L, Astin M y Munjanja S. The Effectiveness de Emergency Obstetric Referral Interventions in Developing Country Settings: A Systematic Review. PLoS Med. 2012;9(7): e1001264. doi:10.1371/journal.pmed.1001264.

Documento sobre contexto y condiciones: Wilson A, Hillman S, Rosato M, Skelton J, Costello A, Hussein J y col. A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies on maternal emergency transport in low-and middle income countries. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2013;122(3):192-201. doi: 10.1016/j.ijgo.2013.03.030.

Recomendación 6: Papeles alternativos para los APT

Revisión sistemática: Chersich M, Dhana A, Moore L, Miller T

Revisiones sistemáticas existentes:

- ◀ Byrne A y Morgan A. How the integration of traditional birth attendants with formal health systems can increase skilled birth attendance. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 2011;115(2):127-34. doi: 10.1016/j.ijgo.2011.06.019.
- ◀ Vieira C, Portela A, Miller T, Coast E, Leone T y Marston C. Increasing the use of skilled health personnel where traditional birth attendants were providers of childbirth care: a systematic review. *PLoS ONE*. 2012; 7(10):e47946.doi:47910.41371/journal.pone.0047946.

Guía de la OMS existente:

- ◀ WHO recommendations: Optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/1/9789241504843_eng.pdf, accessed 12 January 2015).

Documento sobre contexto y condiciones: Tina Miller. Oxford-Brookes University, no publicado, (2014).

Recomendación 7: Adaptación cultural de los servicios de atención de maternidad

Revisión sistemática: Coast E, Jones E y Lattof SR. Effectiveness of interventions to provide culturally appropriate maternity care in increasing uptake of skilled maternity care: a systematic review. *London School of Economics*. (A publicarse en breve).

Existing systematic mapping:

- ◀ Coast E, Jones E, Portela A y Lattof SR. Maternity care services and culture: a systematic global mapping of interventions. *PLoS ONE*. 2014;9(9): e108130. doi:10.1371/journal.pone.0108130

Documento sobre contexto y condiciones: Ernestina Coast E, Sam Lattof y Eleri Jones, *London School of Economics*, no publicado, (2014).

Recomendación 8: Acompañamiento continuo durante trabajo de parto y parto

Actualización de revisión sistemática por desenlaces vinculados a consulta por atención: Chersich M y Luchter S

Revisiones sistemáticas existentes:

- ◀ Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C y Weston J. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011;(10):CD003766. doi: 10.1002/14651858.CD003766. pub3.

Guía de la OMS existente:

- ◀ Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf?ua=1, accessed 12 January 2015).

Recomendación 9: La movilización de la comunidad a través de aprendizaje participativo facilitado y ciclos de acción con grupos de mujeres

Revisiones sistemáticas existentes:

- ◀ Prost A, Colbourn T, Seward N, Azad K, Coomarasamy A, Copas A y col. Women's groups practising participatory learning and action to improve maternal and newborn health in low-resource settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2013;381(9879):1736-46. doi:10.1016/S0140-6736(13)60685-6.

Hay otro meta análisis no publicado sobre los desenlaces secundarios (parto institucional, parto con un asistente de partería calificado, cualquier tipo de atención prenatal, cantidad recomendada de visitas para atención prenatal) realizado por Tim Colbourn y Audrey Prost de University College London.

Documento sobre contexto y condiciones: Mikey Rosato y Audrey Prost, no publicado, (2014).

Recomendación 10: Participación de la comunidad en el análisis y difusión de información de sobre la vigilancia y respuesta a la mortalidad materna. de las muertes maternas y perinatales y respuesta

Recomendación 11: Participación de la comunidad en procesos de mejora de la calidad.

Recomendación 12: Participación de la comunidad en la planificación y ejecución de programas

Revisión sistemática: Marston C, Sequeira M, Portela A, Cavallaro F, McGowan CR. Systematic Reviews on community participation and maternity care seeking for maternal and newborn health. (A publicarse en breve).

Revisiones sistemáticas existentes:

- ◀ Marston C, Renedo A, McGowan CR, Portela A (2013) Effects of community participation on improving uptake of skilled care for maternal and newborn health: a systematic review. PLoS ONE 8(2): e55012. doi:10.1371/journal.pone.0055012

Documento sobre contexto y condiciones: Lisa Howard-Grabman, Training Resources Group, Inc. no publicado, (2014).

APÉNDICE 3

Resumen de las consideraciones sobre la fortaleza de las recomendaciones

INTERVENCIÓN	INTERVENCIÓNES PPPC	INTERVENCIÓN DE INVOLUCRAMIENTO DEL HOMBRE	PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS	HOGARES DE ESPERA MATERNA	ESQUEMAS DE TRANSPORTE ORGANIZADOS POR LA COMUNIDAD	NUEVOS ROLES PARA LAS APT
Estudios incluidos	33 estudios de 21 programas: un ECA, tres ECA de grupos, siete estudios comparativos pre y post con un grupo control, tres estudios pre y post, siete evaluaciones de un grupo antes y después, dos de los cuales tenían un componente cualitativo, y un estudio cualitativo.	13 estudios: un ECA, un ECA de grupos, un estudio analítico de cohorte, dos estudios pre y post con un diseño de control, uno transversal con repetición, tres evaluaciones antes y después, un análisis retrospectivo pre y post y un grupo control no equivalente.	Tres estudios: dos ECA de grupos y una evaluación de un grupo antes y después.	14 estudios: tres estudios de cohorte basado en hospitales, un estudio basado en hospital antes y después, tres encuestas transversales basada en hospital, un estudio de cohorte basado en la comunidad, una encuesta transversal con componente cualitativo, una encuesta de hogares transversal, una cohorte retrospectiva basada en hospital, un estudio analítico de cohorte, un estudio del antes y del después con un componente cualitativo, y un estudio con datos del sistema de registros vitales.	Cinco estudios: un ECA pre y post intervención usando controles de caso basados en la comunidad, un estudio comparativo pre y post con un grupo de control; y dos estudios de control de casos pre y post basados en la comunidad con un componente cualitativo.	Seis estudios: tres estudios pre y post intervención con uno que incluye métodos mixtos, una serie de tiempo interrumpido, un análisis retrospectivo pre y post, y una encuesta con panel longitudinal.
Calidad de la evidencia	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Muy baja	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Muy baja	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Muy baja	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Muy baja	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Muy baja	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Muy baja
Valores y preferencias ^a	<input checked="" type="checkbox"/> Sin gran variabilidad <input type="checkbox"/> Alguna variabilidad <input type="checkbox"/> Gran variabilidad	<input type="checkbox"/> Sin gran variabilidad <input type="checkbox"/> Alguna variabilidad <input checked="" type="checkbox"/> Gran variabilidad	<input checked="" type="checkbox"/> Sin gran variabilidad <input type="checkbox"/> Alguna variabilidad <input type="checkbox"/> Gran variabilidad	<input type="checkbox"/> Sin gran variabilidad <input type="checkbox"/> Alguna variabilidad <input checked="" type="checkbox"/> Gran variabilidad	<input type="checkbox"/> Sin gran variabilidad <input type="checkbox"/> Alguna variabilidad <input checked="" type="checkbox"/> Gran variabilidad	<input type="checkbox"/> Sin gran variabilidad <input checked="" type="checkbox"/> Alguna variabilidad <input type="checkbox"/> Gran variabilidad

^a Cuanto mayor la variabilidad o la incertidumbre de los valores y preferencias, más probable es que se justifique una recomendación condicional

INTERVENCIÓN	INTERVENCIONES PPPC	INTERVENCIÓN DE INVOLUCRAMIENTO DEL HOMBRE	PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS	HOGARES DE ESPERA MATERNA	ESQUEMAS DE TRANSPORTA ORGANIZADOS POR LA COMUNIDAD	NUEVOS ROLES PARA LAS APT
Balance entre daños y beneficios ^b	<input checked="" type="checkbox"/> Beneficios superan daño <input type="checkbox"/> Equilibrio de daños y beneficio <input type="checkbox"/> Daños superan beneficios	<input type="checkbox"/> Beneficios superan daño <input checked="" type="checkbox"/> Equilibrio de daños y beneficio <input type="checkbox"/> Daños superan beneficios	<input type="checkbox"/> Beneficios superan daño <input checked="" type="checkbox"/> Equilibrio de daños y beneficio <input type="checkbox"/> Daños superan beneficios	<input type="checkbox"/> Beneficios superan daño <input checked="" type="checkbox"/> Equilibrio de daños y beneficio <input type="checkbox"/> Daños superan beneficios	<input type="checkbox"/> Beneficios superan daño <input checked="" type="checkbox"/> Equilibrio de daños y beneficio <input type="checkbox"/> Daños superan beneficios	<input type="checkbox"/> Beneficios superan daño <input type="checkbox"/> Equilibrio de daños y beneficio <input type="checkbox"/> Daños superan beneficios
Uso de recursos	<input type="checkbox"/> Menos intensivo <input type="checkbox"/> Más intensivo <input checked="" type="checkbox"/> No se puede determinar	<input type="checkbox"/> Menos intensivo <input type="checkbox"/> Más intensivo <input checked="" type="checkbox"/> No se puede determinar	<input type="checkbox"/> Menos intensivo <input type="checkbox"/> Más intensivo <input checked="" type="checkbox"/> No se puede determinar	<input type="checkbox"/> Menos intensivo <input type="checkbox"/> Más intensivo <input checked="" type="checkbox"/> No se puede determinar	<input type="checkbox"/> Menos intensivo <input type="checkbox"/> Más intensivo <input checked="" type="checkbox"/> No se puede determinar	<input type="checkbox"/> Menos intensivo <input type="checkbox"/> Más intensivo <input checked="" type="checkbox"/> No se puede determinar
Calificación general	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendación fuerte <input type="checkbox"/> Recomendación condicional <input type="checkbox"/> Recomendación: investigar	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendación fuerte <input type="checkbox"/> Recomendación condicional <input type="checkbox"/> Recomendación: investigar	<input type="checkbox"/> Recomendación fuerte <input type="checkbox"/> Recomendación condicional <input checked="" type="checkbox"/> Recomendación: investigar	<input type="checkbox"/> Recomendación fuerte <input checked="" type="checkbox"/> Recomendación condicional <input type="checkbox"/> Recomendación: investigar	<input type="checkbox"/> Recomendación fuerte <input checked="" type="checkbox"/> Recomendación condicional <input type="checkbox"/> Recomendación: investigar	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendación fuerte <input type="checkbox"/> Recomendación condicional <input type="checkbox"/> Recomendación: investigar

^b Cuanto mayor la diferencia entre los beneficios y daños, más probable es que se justifique una recomendación fuerte. Cuanto menor el beneficio neto y menor la certeza para ese beneficio, más probable es que se justifique una recomendación condicional.

INTERVENCIÓN	ADAPTACIÓN CULTURAL DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE MATERNIDAD	ACOMPañAMIENTO CONTINUO DURANTE TRABAJO DE PARTO Y PARTO	MOVILIZACIÓN DE LA COMUNIDAD CON GRUPOS DE MUJERES	PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN LA CALIDAD	PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN LA PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE PROGRAMAS
Estudios incluidos	14 estudios: un ECA, una revisión retrospectiva de historias, una serie de tiempo interrumpido, un componente cualitativo y dos componentes cuantitativos, dos con métodos no especificados, un enfoque con método mixto con triangulación, un control de casos, un estudio descriptivo, un estudio de cohortes prospectivo con control histórico y un control contemporáneo, un estudio de cohortes prospectivo con un grupo de control histórico, dos estudios retrospectivos con grupo control y una cohorte de partos retrospectiva basada en geocodificación.	22 ECA	Siete ECA	Dos estudios: un estudio de casos y un estudio comparativo cuasi experimental pre y post con un control.	Seis estudios: un ECA de grupos, un ITS, uno cuasi experimental pre y post comparativo con un control; un estudio controlado antes y después; un análisis retrospectivo pre y post; y una evaluación de un grupo antes y después.
Calidad de la evidencia	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Muy baja	<input type="checkbox"/> Alta <input checked="" type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Muy baja	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Muy baja	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Muy baja	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Muy baja
Valores y preferencias	<input type="checkbox"/> Sin gran variabilidad <input checked="" type="checkbox"/> Alguna variabilidad <input type="checkbox"/> Gran variabilidad	<input checked="" type="checkbox"/> Sin gran variabilidad <input type="checkbox"/> Alguna variabilidad <input type="checkbox"/> Gran variabilidad	<input checked="" type="checkbox"/> Sin gran variabilidad <input type="checkbox"/> Alguna variabilidad <input type="checkbox"/> Gran variabilidad	<input checked="" type="checkbox"/> Sin gran variabilidad <input type="checkbox"/> Alguna variabilidad <input type="checkbox"/> Gran variabilidad	<input checked="" type="checkbox"/> Sin gran variabilidad <input type="checkbox"/> Alguna variabilidad <input type="checkbox"/> Gran variabilidad
Balance entre daños y beneficios	<input type="checkbox"/> Beneficios superan daño <input checked="" type="checkbox"/> Equilibrio de daños y beneficios <input type="checkbox"/> Daños superan beneficios	<input type="checkbox"/> Beneficios superan daño <input checked="" type="checkbox"/> Equilibrio de daños y beneficios <input type="checkbox"/> Daños superan beneficios	<input type="checkbox"/> Beneficios superan daño <input checked="" type="checkbox"/> Equilibrio de daños y beneficios <input type="checkbox"/> Daños superan beneficios	<input type="checkbox"/> Beneficios superan daño <input checked="" type="checkbox"/> Equilibrio de daños y beneficios <input type="checkbox"/> Daños superan beneficios	<input checked="" type="checkbox"/> Beneficios superan daño <input type="checkbox"/> Equilibrio de daños y beneficios <input type="checkbox"/> Daños superan beneficios

INTERVENCIÓN	ADAPTACIÓN CULTURAL DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE MATERNIDAD	ACOMPañAMIENTO CONTINUO DURANTE TRABAJO DE PARTO Y PARTO	MOVILIZACIÓN DE LA COMUNIDAD CON GRUPOS DE MUJERES	PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN VDMR	PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN PROCESOS DE MEJORA DE LA CALIDAD	PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN LA PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE PROGRAMAS
Uso de recursos	<input type="checkbox"/> Menos intensivo <input type="checkbox"/> Más intensivo <input checked="" type="checkbox"/> No se puede determinar	<input type="checkbox"/> Menos intensivo <input checked="" type="checkbox"/> Más intensivo <input type="checkbox"/> No se puede determinar	<input type="checkbox"/> Menos intensivo <input type="checkbox"/> Más intensivo <input checked="" type="checkbox"/> No se puede determinar	<input type="checkbox"/> Menos intensivo <input type="checkbox"/> Más intensivo <input checked="" type="checkbox"/> No se puede determinar	<input type="checkbox"/> Menos intensivo <input type="checkbox"/> Más intensivo <input checked="" type="checkbox"/> No se puede determinar	<input type="checkbox"/> Menos intensivo <input type="checkbox"/> Más intensivo <input checked="" type="checkbox"/> No se puede determinar
Calificación general	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendación fuerte <input type="checkbox"/> Recomendación condicional <input type="checkbox"/> Recomendación: investigar	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendación fuerte <input type="checkbox"/> Recomendación condicional <input type="checkbox"/> Recomendación: investigar	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendación fuerte <input type="checkbox"/> Recomendación condicional <input type="checkbox"/> Recomendación: investigar	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendación fuerte <input type="checkbox"/> Recomendación condicional <input type="checkbox"/> Recomendación: investigar	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendación fuerte <input type="checkbox"/> Recomendación condicional <input type="checkbox"/> Recomendación: investigar	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendación fuerte <input type="checkbox"/> Recomendación condicional <input type="checkbox"/> Recomendación: investigar

APÉNDICE 4

Tabla de características de los estudios incluidos^a

ESTUDIO	DISEÑO DEL ESTUDIO	CONTEXTO	DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN	RECOMENDACIÓN	RESULTADOS DE INTERÉS INFORMADOS
Ahluwalia y col., 2003	Estudio pre y post con componente cualitativo	TANZANIA, rural, distritos de Kwimba y Missungwi, Región de Mwanza	Múltiples intervenciones que incluyen visitas a domicilio por voluntarios que brindan educación para PPPC a mujeres embarazadas y sus familias. También se armó un sistema comunitario de vigilancia para embarazos, así como planes comunitarios para transporte a dependencias sanitarias. Entre los métodos de transporte se incluyen canoa, carro de bueyes, bicicleta/triciclo y camilla.	PPPC Esquemas de transporte organizados por la comunidad Participación de la comunidad en la planificación e implementación de programas	APC, C/E
Ahluwalia y col., 2010	Estudio pre y post con componente cualitativo	TANZANIA, rural, distritos de Kwimba y Missungwi, Región de Mwanza	Ver Ahluwalia y col., 2003 (arriba)	PPPC Esquemas de transporte organizados por la comunidad Participación de la comunidad en la planificación e implementación de programas	PI, C/E, APN
Andemichael, 2008	Estudio antes y después en hospital con componente cualitativo	ERITREA, áreas remotas de dos regiones ribereñas del Mar Rojo	11 dependencias de salud con HEM o mujeres que residen a menos de 10 km de distancia del centro. Los HEM tenían una ambulancia para derivación a centros de mayor nivel por complicaciones. Durante la estancia, a las mujeres se les entregaron algunos artículos. Apoyo de la comunidad que aporta suministros	Hogares de espera materna	PI, MM, MN, MP, OF
Baqui y col., 2008	Estudio comparativo cuasi experimental pre y post con un grupo de control	INDIA, distritos rurales de Uttar Pradesh	Las intervenciones incluyen visitas domiciliarias por enfermeras auxiliares parteras (EAP) o trabajadores anganwadi y agentes de cambio para brindar consejería PPPC a mujeres embarazadas y sus familias.	PPPC	APC, PI, MN
Bilenko y col., 2007	Examen retrospectivo de registros de utilización de APN por parte de mujeres embarazadas en dos gestaciones sucesivas, antes y después del establecimiento de una clínica local de SMI	ISRAEL, Desierto de Negev	Una nueva clínica de SMI en áreas desérticas para familias extendidas beduinas semi nómades que viven en unidades tribales, atendidas por una enfermera beduina de habla árabe, de salud pública.	Adaptación cultural de servicios de atención para la maternidad	APN

^a Nótese que no hemos incluido estudios de las Recomendaciones 8 y 9. Referimos a los lectores a los exámenes sistemáticos publicados

ESTUDIO	DISEÑO DEL ESTUDIO	CONTEXTO	DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN	RECOMENDACIÓN	RESULTADOS DE INTERÉS INFORMADOS
Bhutta y col., 2011	ECA de grupos	PAKISTAN, Sindh rural	Paquete de intervenciones con base en la comunidad principalmente brindadas por trabajadoras de la salud y comités comunitarios de salud (CCS). Se aliento a los CCS a organizar un fondo de transporte de emergencia y el uso de vehículos con recursos locales.	Esquemas de transporte organizados por la comunidad	PI, APN, MM, MN, MP, OF
Bjorkman y col., 2009	ECA de grupos	UGANDA, rural, 9 distritos en 4 regiones	Las percepciones que tiene la comunidad de las dependencias de salud se resumieron en tarjetas de informes que fueron luego vueltas a presentar a la comunidad durante una reunión. Durante la reunión se compartió información sobre derechos de la salud, y los miembros de la comunidad hicieron sugerencias con vistas a un plan de acción. Los planes de acción fueron desarrollados más tarde con la comunidad y personal del servicio sanitario, incluyendo la forma en que la comunidad podría monitorear el acuerdo.	Participación de la comunidad en la planificación e implementación de programas	PI, APN
Chandramohan y col., 1994	Estudio de cohorte con base en hospital	ZIMBABUE, rural	Alojamiento transitorio gratis con autoservicio a 150 m de la sala de partos. Se aconsejaba a las mujeres que se quedarán en el HEM a partir de la semana 36 de gestación. Dirigido a mujeres identificadas como en riesgo en la APN. El HEM ofreció APN y educación sobre salud.	Promoción de sensibilización sobre derechos	PI, MM, MB, MN, MP, OF,
Chandramohan y col., 1995	Estudio de cohorte con base en hospital	ZIMBABUE, rural	Ver Chandramohan y col., 1994 (arriba).	Participación de la comunidad en la planificación e implementación de programas	APC, APN, MN, MP, OF
Darmstadt y col., 2010	ECA de grupos	BANGLADESH, gremios rurales en Mirzapur	Las visitas domiciliarias prenatales de promotores voluntarios de PPPC, incluyendo educación sobre recién nacidos. Los ASC realizaron visitas adicionales posnatales para fomentar las prácticas de cuidados preventivos neonatales e identificar y derivar a los recién nacidos con patología. El grupo de control recibió los servicios de atención habituales brindados por los gobiernos locales y nacionales.	Participación de la comunidad en procesos de mejora de la calidad	PI, C/E, MN
Family Care International Kenia, 2007	Estudio pre y post cuasi experimental	KENIA, distritos Homa Bay y Migori, provincia de Nyanza	Campaña de cambios de comportamiento utilizando material impreso, incluyendo mensajes de preparación para el parto mediante dramatización y reuniones. Materiales suministrados a los trabajadores de la salud (TS) así como mejoras en los centros y mejora de las destrezas de los prestadores. El distrito de control recibió solo la intervención de los centros.	Hogares de espera materna	APC
Family Care International Tanzania, 2007	Estudio pre y post cuasi experimental con un grupo de control	TANZANIA, Distritos de Iglunga y el Urambo región de Tabora	Cambios de comportamiento y esfuerzos de movilización, teatralizaciones y dramatizaciones. Mejoras en la disponibilidad y calidad del cuidado materno a través del fortalecimiento de la infraestructura de los centros y de las destrezas de los prestadores.	Hogares de espera materna	SBA, C/I

ESTUDIO	DISEÑO DEL ESTUDIO	CONTEXTO	DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN	RECOMENDACIÓN	RESULTADOS DE INTERÉS INFORMADOS
Fauveau y col., 1991	Estudio de intervención pre y post	BANGLADESH, Matlab rural	Enfermeras-parteras asignadas a puestos remotos del área del programa. Los deberes de las enfermeras-parteras abarcan, entre otras cosas, trabajar con los ASC y APT para garantizar que se los llame durante el trabajo de parto.	Nuevos roles para las APT	APC, MM, PP
Fonseca-Becker y col., 2004	Evaluación de un grupo antes y después	GUATEMALA, regiones del noroeste y sudeste	Las intervenciones de mejoras en la prestación de servicios y prestadores de salud capacitados y de cambios del comportamiento se enfocaron en organizar las comunidades para responder a las emergencias obstétricas y crear una demanda para los servicios mejorados a través de la radio y material impreso. Incluye un ciclo de acción comunitaria: un ciclo participativo de cinco pasos que consistía en organizar la acción comunitaria; promoción del diálogo comunitario; planificación conjunta; acciones colectivas; y evaluación participativa. Las comunidades desarrollaron sus propios planes de emergencia.	PPPC	FB, C/I
Frankenberg y col., 2009	Encuesta de panel longitudinal	INDONESIA	Un programa de parteras de pueblo donde se entrenó a las parteras y se las asignó a comunidades pobres lejos de los centros de salud. Las responsabilidades incluían desarrollar relaciones de colaboración con parteras de pueblo tradicionales.	Nuevos roles para las APT	APC, APN, PP
Fullerton y col., 2005	Encuestas transversales repetidas	INDIA, rural, 42 pueblos y aldeas de Maitha Block, en las afueras de la ciudad de Kanpur	Se incluyeron actividades educativas específicas para involucrar a los hombres, por ej. las destrezas que salvan vidas domiciliarias para enseñar a las mujeres embarazadas y sus cuidadores primarios en la familia y asistentes de partería sobre las complicaciones maternas y neonatales y comportamientos que impliquen acudir a consulta. Los esfuerzos de movilización de la comunidad se diseñaron para reducir las demoras en el transporte de las mujeres y recién nacidos con complicaciones y para aumentar el uso de la planificación familiar.	Involucramiento del hombre	BF, MM, MN
Gabrysch y col., 2009	Estudio comparativo pre y post	PERÚ, Ayacucho rural, distrito de Santillana	Un modelo de atención de partería culturalmente apropiado y desarrollado con comunidades quechuas y profesionales de la salud. Entre las características clave se incluyen una soga y banco para realización del parto en posición vertical, inclusión de la familia y APT, uso del idioma quechua y profesionales de la salud respetuosos de la cultura	Adaptación cultural de servicios de atención para la maternidad Nuevos roles para las APT Participación de la comunidad en procesos de mejora de la calidad	APC, PI
Gaym y col., 2012	Cohorte hospitalaria con un componente cualitativo	ETIOPÍA, rural	9 HEM, las condiciones dentro de cada uno de ellos varió. Las actividades incluyeron extensión para aumentar la sensibilización de la comunidad con respecto a los HEM.	Hogares de espera materna	MM, MB, OF

ESTUDIO	DISEÑO DEL ESTUDIO	CONTEXTO	DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN	RECOMENDACIÓN	RESULTADOS DE INTERÉS INFORMADOS
Harkins y col., 2008	Estudio comparativo pre y post Perú: Encuesta informal de la línea de base y final Honduras: Encuesta de la línea de base y final	PERÚ, área periurbana de Chao, provincial de Viru HONDURAS, área agrícola rural, San Luis	Campañas de movilización social. La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) incluye un diagnóstico comunitario participativo de asuntos sanitarios con una amplia gama de colaboradores. En Perú se formaron comités de salud con múltiples colaboradores para lograr consensos sobre estrategias, reuniendo a funcionarios y organizaciones con base en la comunidad para encarar las preocupaciones de salud de la comunidad. También se formaron comités locales en las comunidades en las que están ubicadas las dependencias sanitarias. Organizaron y dieron apoyo logístico para la capacitación de diversos integrantes de la comunidad y los grupos de la comunidad. En Honduras, se crearon comités de AIEPI en cada región, con representantes de instituciones locales. Luego, los comités dirigieron la capacitación de los diferentes actores y redes sociales.	Participación de la comunidad en la planificación e implementación de programas	Perú: PI Honduras: APC, APN
Hodgins y col., 2009	Evaluación de un grupo antes y después	NEPAL, rural, distritos de Jhapa y Banke	Visitas domiciliarias por voluntarios que brindan educación PPPC a las mujeres embarazadas y miembros de sus familias, utilizando folletos con ilustraciones.	PPPC	PI, C/E, MN
Hossain y col., 2006	Estudio cuasi experimental comparativo pre y post con un grupo de control	BANGLADESH, rural, región de Birampur	Las intervenciones incluyeron mejoras edilicias, de la calidad de la atención, PPPC y movilización de la comunidad. Se adiestró a los APC, trabajadores en el terreno y médicos de pueblo para que difundieran mensajes de PP, que también fueron incorporados en una serie de ayudas visuales durante las visitas domiciliarias, charlas de grupos en las clínicas y reuniones en los pueblos. Además, en el desarrollo de sistemas de apoyo comunitario se incluyeron fondos de emergencia para AOE, transporte de emergencia para derivación a otras dependencias sanitarias, identificación de voluntarios que acompañen a las mujeres a los centros o que brinden apoyo financiero, y una lista de voluntarios que puedan donar sangre en caso de emergencia. Se trabajó en mejora de la calidad de la atención a través de un enfoque participativo y capacitación del personal. Se formó un comité de calidad de la atención de las partes interesadas que incluyó miembros de la comunidad, para solicitar las opiniones y sugerencias de la comunidad a los efectos de mejorar la prestación de los servicios de salud. El comité de partes interesadas se reunió regularmente y controló la limpieza de los servicios y las percepciones de los clientes de los servicios, además de revisar los casos de muerte materna o casi incidentes.	PPPC Involucramiento del hombre Participación de la comunidad en procesos de mejora de la calidad Participación de la comunidad en VRMM	APC, PI, C/E

ESTUDIO	DISEÑO DEL ESTUDIO	CONTEXTO	DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN	RECOMENDACIÓN	RESULTADOS DE INTERÉS INFORMADOS
Hossain y col., 2006 (continuación)			<p>La intervención de PPC consistió en mejoras en la calidad de la atención a través de un enfoque participativo y capacitación del personal; se elaboraron diagnósticos comunitarios y estudios de casos de muertes maternas recientes; los resultados se analizaron en las comunidades y los comités donde se formaron los sistemas de soporte.</p> <p>Se trabajó con los hombres en educación para la salud incluyendo el componente PPC (arriba descrito) y en reuniones para movilizar a la comunidad para establecer un sistema de ayuda a las mujeres que les permitiera llegar a un centro sanitario para asistencia del parto o de complicaciones. También se consultó a los hombres sobre la calidad de la atención en la dependencia y se los involucró en un comité de partes interesadas para monitorear elementos de calidad.</p> <p>El distrito de comparación recibió una mejora de las instalaciones pero no una intervención de la comunidad; el distrito testigo no recibió ninguna intervención.</p>		
Hounton y col., 2008	Estudio pre y post cuasi experimental con un grupo testigo	BURKINA FASO, rural	<p>Cambio de comportamiento y movilización de la comunidad a través de teatros participativos y canciones. Mejora de las instalaciones sanitarias y mejora del sistema de referencia. El distrito testigo también recibió mejoras de las instalaciones pero sin el componente de cambios de comportamiento.</p>	PPPC	MM
Jan y col., 2004	Un componente cualitativo y dos componentes cuantitativos (uno económico y uno que pareció similar a un estudio de cohorte retrospectivo)	AUSTRALIA, oeste de Sidney	<p>Servicio Médico Aborigen de Daruk, un servicio de salud controlado por la comunidad con un programa de parto atendido por un equipo que incluía un trabajador de la salud aborigen. Se incluyó APN regular, transporte y visitas domiciliarias. El personal del hospital también recibió sesiones de sensibilización cultural.</p>	Adaptación cultural de servicios de atención para la maternidad	APN
Jewell y col., 2000	Comparación retrospectiva de los datos de los certificados de nacimiento de los niños nacidos de las madres del proyecto y los nacidos de las madres que no eran del proyecto.	E.U.A., Indiana	<p>Las coaliciones de salud de las minorías desarrollaron proyectos para aumentar el acceso a la APN temprana de las mujeres de minorías a través de la extensión a la comunidad y encarando los factores culturales que afectan el uso de la atención. Las estrategias incluyeron el uso de personal profesional y para profesional de las minorías, apoyo social, defensoría, y derivaciones para educación de la salud y transporte.</p>	Adaptación cultural de servicios de atención para la maternidad	APN

ESTUDIO	DISEÑO DELESTUDIO	CONTEXTO	DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN	RECOMENDACIÓN	RESULTADOS DE INTERÉS INFORMADOS
Julnes, 1994	Comparación retrospectiva de las mujeres en el área del programa en el grupo de intervención con mujeres que asistían a un programa multidisciplinario con base en la clínica y mujeres que no recibieron APN, usando una base de datos construida a partir de informes mensuales de nacimientos en el área del programa, según la información del certificado.	E. U. A., Norfolk, Virginia	El programa Norfolk Resource Mothers es un programa de extensión comunitaria que usa el recurso de madres o gente lega, a menudo compartiendo el trasfondo cultural con los adolescentes, para asistir con las dimensiones no médicas del embarazo y la atención infantil, incluyendo recibir APN y actuando como enlace entre los adolescentes y los organismos públicos.	Adaptación cultural de los servicios de atención para la maternidad	APN
Kaseje y col., 2010	Estudio controlado del antes y después	KENIA, provincia de Nyanza	Diálogo basado en la evidencia. Un proceso de diálogo entre administradores, prestadores de servicios y representantes de la comunidad valiéndose de los datos de las dependencias sanitarias y la comunidad. El diálogo busca llegar a un consenso sobre lo que hay que mejorar, las acciones a tomar, y las metas a lograr antes de la próxima sesión de diálogo. Los datos pertinentes de la dependencia de salud escritos con tiza con información basada en la comunidad. Mensualmente se analiza la satisfacción de los clientes utilizando cajas con sugerencias y cuestionarios. Sesiones de diálogos organizadas para conversar sobre las mejoras para la comunidad y las dependencias sanitarias.	Participación de la comunidad en procesos de mejora de la calidad Participación de la comunidad en la planificación e implementación de programas	PI, APN
Kaufman y col., 2012	Estudio controlado del antes y después	CHINA, Condado de Zhenming, Provincia de Guizhou	La red Gender and Health Equity Network (GHEN) se planteó abordar la necesidad de una planificación de la salud a nivel local que diera respuestas a la planificación de salud de las mujeres y que aumentara su participación en la planificación sanitaria. GHEN otorgó los fondos para apoyar los servicios y las intervenciones que los grupos identifican como prioridades. También se hicieron esfuerzos a nivel de los hogares para mejorar la prevención y la atención en el hogar. Los enlaces desde los hogares de demostración a los grupos de promoción de la salud en pueblos y municipios permitieron hacer el traspaso de la información sobre la salud local hacia arriba en la cadena de toma de decisiones.	Participación de la comunidad en la planificación e implementación de programas	PI, APN
Kelly y col., 2010	Cohorte de hospital Retrospectivo	ETIOPIA, rural	HEM de 40 camas ubicado dentro del predio del hospital. Las mujeres de alto riesgo pasan las últimas semanas de su embarazo en el HEM. No tiene costos directos aparejados para las mujeres.	Hogares de espera materna	MM, MB, OF

ESTUDIO	DISEÑO DELESTUDIO	CONTEXTO	DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN	RECOMENDACIÓN	RESULTADOS DE INTERÉS INFORMADOS
Kíidea y col., 2012	Enfoque con método mixto de triangulación que incluía datos de auditoría de madres y recién nacidos, y datos recogidos de rutina de las bases de datos del hospital	AUSTRALIA	Clínica Murri - una clínica prenatal establecida en un hospital terciario para brindar servicios prenatales a los Aborígenes y los Isleños del Estrecho de Torres. Los servicios incluyen una partera indígena y funcionarios de enlace indígenas que ayudaban a las familias a sentirse bienvenidas, brindaban apoyo a las mujeres en áreas rurales y remotas y servían de intermediarios culturales.	Adaptación cultural de servicios de atención para la maternidad	APN
Kumar y col., 2012	ECA de grupos	INDIA, Shivgarh rural, Uttar Pradesh	Paquete de intervención que incluían visitas a los hogares, reuniones con la comunidad y reuniones de música folclórica, reuniones con partes interesadas en la salud materna y del recién nacido y reuniones para los voluntarios de la comunidad. Los grupos de control recibieron los cuidados estándar.	PPPC	APC, C/E, MM, MIN
Kunene y col., 2004	ECA de grupos	SUDÁFRICA, rural y urbano	Consejería a las parejas en la clínica (en grupos); distribución de material educativo; y mejora de los servicios en las dependencias.	Involucramiento del hombre	BF
Larsen y col., 1978	Encuesta transversal en hospital	SUDÁFRICA, rural	HEM para mujeres de alto riesgo.	Hogares de espera materna	MP
Lungu y col., 2001	Estudios pre y post intervención usando casos testigo con base en la comunidad.	MALAWI, Tengani en el distrito de Nsanje	Los pueblos recibieron una bicicleta ambulancia o desarrollaron un plan de transporte comunitario (PTC) para lograr la transferencia de emergencia de las mujeres que concurren por atención obstétrica desde el pueblo a la unidad de maternidad más cercana.	Esquemas de transporte organizados por la comunidad	Partos en domicilio
Malhotra y col., 2005	Cuasi experimental	NEPAL, sitios urbanos y rurales	Participación centrada en la juventud. Se realizó una valoración exhaustiva de las necesidades en los sitios de estudio, utilizando metodologías de triangulación, seguidas de planificación de la acción con la comunidad para diseñar el programa. En los sitios de control, se realizó una valoración más limitada de las necesidades, y según las nuevas evidencias y las prácticas estándar en el campo de salud reproductiva, se implementó un conjunto de tres intervenciones. En los sitios de estudio, los miembros de la comunidad identificaron un conjunto más amplio de ocho intervenciones integradas dirigidas a las necesidades sanitarias de salud sexual y reproductiva de los jóvenes, así como necesidades sociales más amplias.	Participación de la comunidad en la planificación e implementación de programas	PI, APN
Marsiglia y col., 2010	ECA	E.U.A., Phoenix, Arizona	La intervención Familias Sanas fue diseñada para servir de puente a la brecha cultural entre latinas y el sistema sanitario usando Socios Prenatales bilingües y biculturales, quienes sirvieron como intermediarios culturales, brindando educación continua sobre APN y servicios de apoyo. Les mostraron a los participantes cómo navegar en el sistema de salud y les ayudaron a mejorar la comunicación con los prestadores de la salud.	Adaptación cultural de los servicios de atención para la maternidad	PP

ESTUDIO	DISEÑO DEL ESTUDIO	CONTEXTO	DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN	RECOMENDACIÓN	RESULTADOS DE INTERÉS INFORMADOS
Mason, 1990	Control de casos	REINO UNIDO, Leicestershire, Inglaterra	La Campaña Asiática para Madre y Bebé estuvo dirigida a mujeres asiáticas. Hubo agentes de coordinación con dominio fluido del inglés y por lo menos un idioma asiático que trabajaron codo a codo con los profesionales de la salud en contexto hospitalario y comunitario como facilitadores e intérpretes, al tanto que cumplieran un papel educativo.	Adaptación cultural de servicios de atención para la maternidad	APN
McPherson y col., 2006	Evaluación de un grupo antes y después	NEPAL, Siraha distrito rural	Agentes de salud comunitarios (ASC) utilizaron un paquete PP con rota folios y distribuyeron llaveros a mujeres embarazadas que contenían mensajes acerca de PP en charlas mensuales en grupos de mujeres. Los ASC dieron asesoramiento a las mujeres que utilizaron servicios en las instalaciones.	PPPC	APC, C/E
Midhet y col., 2010	ECA de grupos	PAKISTAN, rural, distrito de Khuzdar, Provincia de Balochistan	Las mujeres y sus esposos recibieron librillos con ilustraciones y cintas de audio, capacitación de asistentes de parto para detectar de forma temprana los signos de peligro obstétrico; servicios de telecomunicaciones y transporte para mujeres que necesiten cuidados de emergencia obstétricos y neonatales. El grupo de intervención consistió en solo mujeres y hubo uno de parejas. Además, las APT recibieron capacitación para parto en domicilio limpio y se adiestró a los propietarios de vehículos locales para la derivación. Los prestadores de la salud en los brazos de intervención y control recibieron capacitación clínica	PPPC Involucramiento del hombre	PI, C/E, APN, MN
Millard y col., 1991	Estudio de cohorte con base en hospital	ZIMBABUE, rural, distrito de Kilifi	Un HEM a dos minutos de distancia a pie de la sala de maternidad. Abierto a todas las mujeres.	Hogares de espera materna	MB, MN, MP, OF
Moran y col., 2006	Evaluación de un grupo antes y después	BURKINA FASO, Koupela	TS comunitarios y hospitalarios y SBA brindaban consejería personalizada a las mujeres embarazadas y sus familias sobre los mensajes clave sobre PPC usando un rotafolio. Estos mensajes se reforzaron con mensajes radiales en cada distrito y obras de teatro. Se mejoraron las instalaciones y los TS recibieron entrenamiento adicional.	PPPC	APC, PI
Mullany y col., 2007	ECA	NEPAL, Katmandú	El grupo de intervención consistió en parejas y mujeres solas que recibieron educación de salud (dos sesiones), impartida por educadores sanitarios. El grupo de control no recibió más educación que un breve volante diseñado de forma similar para normalizar la educación sanitaria de los cuidados normales.	PPPC Involucramiento del hombre	APC, PI, APNC

ESTUDIO	DISEÑO DEL ESTUDIO	CONTEXTO	DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN	RECOMENDACIÓN	RESULTADOS DE INTERÉS INFORMADOS
Mullany y col., 2010	Estudio de intervención pre y post (encuestas de muestreo de grupos en dos etapas antes y después de implementación de programa)	MYANMAR, regiones: Shan, Mon, Karen, y Karenni	Un proyecto con base en la comunidad; colaboración para mejorar la cobertura de los servicios sanitarios maternos en comunidades vulnerables. Estrategia de una red con 3 niveles de prestadores comunitarios: las APT crearon vínculos entre los miembros de la comunidad y los agentes de más jerarquía; los trabajadores de la salud fortalecieron los vínculos entre las APT y trabajadores de la salud principales y los trabajadores de la salud masculinos, que supervisaron el trabajo de las APT y otros trabajadores de la salud.	Nuevos roles para las APT	APC, APN, PP
Mushi y col., 2010	Evaluación de un grupo antes y después	TANZANIA, región rural de Mtwara	La capacitación de los promotores de maternidad segura para educar y sensibilizar sobre los aspectos de salud materna para las mujeres embarazadas, esposos y miembros de la comunidad mediante visitas domiciliarias. Capacitación de los promotores de maternidad segura e intervenciones educativas en los hogares y en la comunidad para las mujeres embarazadas, sus esposos y miembros clave de la comunidad.	PPPC Involucramiento del hombre	APC, PI
Nel y col., 2003	Estudio descriptivo (comparación pre y post)	AUSTRALIA, regiones remotas de norte y oeste de Queensland	A partir de consultas a prestadores de salud y comunidades aborígenes, el programa incluye aspectos tales como un centro médico indígena aparte, administrado por una junta comunitaria, y atendido por personal indígena, visitas domiciliarias, transporte y el involucramiento de la familia en el cuidado continuo.	Adaptación cultural de servicios de atención para la maternidad	APN
Panaretto y col., 2005	Estudio descriptivo con grupo control histórico y grupo control contemporáneo	AUSTRALIA, Townsville, norte de Queensland	La colaboración con las comunidades indígenas produjo un modelo integrado de atención prenatal compartida, prestada desde el Servicio de Salud de Isleños y Aborígenes de Townsville controlado por la comunidad. Las estrategias incluían el uso de trabajadores de la salud aborígenes, continuidad de la atención, y un entorno familiar.	Adaptación cultural de servicios de atención para la maternidad	PI, APN
Panaretto y col., 2007	Estudio descriptivo de mujeres que asistían al programa de salud materno infantil de ensayo comparado con grupo control histórico	AUSTRALIA, Townsville, norte de Queensland	Ver Panaretto y col., 2005 (arriba)	Adaptación cultural de servicios de atención para la maternidad	APN
Pandey y col., 2007	ECA de grupos	INDIA, rural, Uttar Pradesh	Se realizaron reuniones públicas en ciertos pueblos seleccionados para difundir información sobre los servicios de salud y educación a los que tienen derecho, y gobernanza del pueblo.	Promoción de sensibilización sobre derechos	APN
Parsons y col., 1992	Estudio retrospectivo con grupo de control	REINO UNIDO, Hackney, Este de Londres	El Proyecto de Salud de la Mujer Multiétnico - un programa de defensoría de la salud que se introdujo en un hospital para cubrir las necesidades de mujeres que no hablaban inglés. Contaba con agentes de defensoría de la salud que oficiaban de intérpretes y mediaban entre los usuarios de los servicios y los profesionales, para garantizar la elección informada de la atención médica.	Adaptación cultural de servicios de atención para la maternidad	C/E, APN

ESTUDIO	DISEÑO DEL ESTUDIO	CONTEXTO	DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN	RECOMENDACIÓN	RESULTADOS DE INTERÉS INFORMADOS
Paxman y col., 2005	Evaluación de un grupo antes y después	INDIA	Programa de iniciativas locales. Involucramiento de la comunidad en la atención de la salud mediante la formación de comités locales que incluían a miembros influyentes de la comunidad y voluntarios sanos, para crear asociaciones de colaboración con otros organismos y para asumir responsabilidades por las diferentes actividades.	Participación de la comunidad en la planificación e implementación de programas	APN
Poovany col., 1990	Estudio de cohorte con base en hospital	ETIOPÍA, rural	HEM con 15 camas próximo a la unidad de partos del hospital. Construido siguiendo el estilo de una casa local. Las mujeres acompañadas por un pariente, aportan su propia comida y compran leña localmente. A las mujeres de alto riesgo se les indica que vayan dos semanas antes de la fecha estimada de parto.	Hogares de espera materna	MM, MB, OF
Purdin y col., 2009	Evaluación del programa usando un Sistema informático de salud/análisis retrospectivo pre y post	PAKISTÁN, distrito de Hangu, Campamento de refugiados afganos	Intervenciones de involucramiento del hombre relacionadas con la maternidad segura, servicios establecidos, y capacitación a distintos actores de la comunidad, incluyendo APT, para sensibilizar sobre los servicios y los temas de salud reproductiva. Extensión y aportes de la comunidad. Cada campamento de refugiados tiene un comité de salud con representantes de la comunidad y personal de los servicios de salud que se reúnen cada dos meses para analizar las actividades del proyecto y dar retroalimentación a los trabajadores de la salud acerca de los servicios sanitarios que prestan. Las dependencias ofrecen cuidados obstétricos básicos de emergencia, educación comunitaria a representantes clave de la comunidad, incluyendo ASC, trabajadoras de la salud, mujeres en edad reproductiva, hombres, miembros del comité de salud (todos hombres), maestros, líderes religiosos y médicos del sector privado.	Nuevos roles para las APT Participación de la comunidad en la planificación e implementación de programas. Participación de la comunidad en procesos de mejora de la calidad. Involucramiento del hombre.	PI, APN, PP
Ronsmans y col., 2001	Un estudio de intervención pre y post, incluye métodos mixtos	INDONESIA, tres distritos en Kalimantan Sur	Se asignó una partera en cada pueblo y por lo menos un médico con formación en obstetricia en cada distrito. Facilitación del acceso financiero para los pobres. Se alentó a las parteras de pueblo a trabajar codo a codo con las APT. Se dio apoyo a las APT para que derivaran a las mujeres con complicaciones y para que trabajaran en colaboración con las parteras del pueblo.	Nuevos roles para las APT	APC
Sahip y col., 2007	Estudio analítico de cohorte	TURQUÍA, urbano, lugares de trabajo grandes (> 1000 empleados) en Estambul	Programa educativo en los lugares de trabajo para futuros padres (hombres), a cargo de médicos de las mismas empresas capacitados.	Involucramiento del hombre	BF, PP
Simonet y col., 2009	Un estudio de cohorte de partos retrospectivo basado en geocodificación	CANADA, Nunavik, remoto	La atención de maternidad en manos de parteras fue realizada fundamentalmente en el idioma inuit, mientras que la atención brindada por médicos fue conducida fundamentalmente en francés e inglés.	Adaptación cultural de los servicios de cuidados de maternidad.	MN, MP, OF

ESTUDIO	DISEÑO DEL ESTUDIO	CONTEXTO	DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN	RECOMENDACIÓN	RESULTADOS DE INTERÉS INFORMADOS
Sinha, 2008	Evaluación de un grupo antes y después	INDIA, rural, Andhra Pradesh, distrito de Rangareddy	Se realizaron reuniones en el pueblo y actividades comunitarias para aumentar la demanda por servicios vinculados al embarazo de buena calidad. La intervención involucraba sensibilización y apoyo comunitario para las mujeres embarazadas a través de comités de jóvenes y del gobierno local; involucramiento de sus familias (particularmente de los maridos) en la atención de todo lo concierne al embarazo mediante reuniones mensuales; y visitas bimensuales a los domicilios a cargo de un organizador de la comunidad que trabaja con las familias para crear un plan de preparación para el nacimiento y apoyar el acceso a la atención. Se estableció un sistema por el cual los miembros del gobierno local (gram panchayat) mantuvieron reuniones periódicas para examinar el desempeño de los prestadores de salud y los centros. Se invitaba a los representantes de las organizaciones locales a asistir, y en las reuniones se examinaban las actividades de cada institución.	PPPC Involucramiento del hombre Promoción de sensibilización sobre derechos Participación de la comunidad en procesos de mejora de la calidad.	PI, APN
Skinner y col., 2009	Cualitativo	CAMBODIA, Kampong Chhnang	Difusión y análisis de las ayudas visuales sobre los signos de peligro y PP con familias y comunidades.	PPPC	APC
Sood y col., 2004	Estudio comparativo pre y post con a grupo de control	INDONESIA, Oeste de Java	Campañas de movilización social. Campaña Suami SIAGA (esposo alerta) en los medios masivos: Warga SIAGA alentaba a los miembros de la comunidad a estar alerta y preparados para los partos en el contexto de la comunidad. Bidan SIAGA promovía a la partera como prestador preferido de salud materna. La campaña Desa SIAGA alentó a los pueblos a establecer sistemas para salvar la vida de las mujeres con emergencias obstétricas.	PPPC Participación de la comunidad en la planificación e implementación de programas Esquemas de transporte organizados por la comunidad. Involucramiento del hombre	APC, PI, APN
Sood y col., 2004	Evaluación de un grupo antes y después	NEPAL, rural, distritos de Bagalung y Lalitpur	Campañas de movilización social. SUMATA era otra estrategia multimedia de cambio de comportamiento dirigido a esposos y suegras.	PPPC Involucramiento del hombre	APC, PI, APN C
Spaans y col., 1998	Estudio de cohorte con base en la comunidad	ZIMBABUE, distrito de Mberengwa	HEM establecido en los predios de 4 de los 5 hospitales en el distrito y cubren 22 clínicas que ofrecen servicios de maternidad. Todas las usuarias de los servicios quedaban exentas de cargos.	Hogares de espera materna	PI, MM, MB, MP
Thompson y col., 1998	Estudio retrospectivo con grupo de control	E. U. A., Oregon rural	El Programa Prenatal para Minorías en zonas Rurales de Oregon unió atención culturalmente apropiada utilizando trabajadores bilingües y biculturales con fuertes vínculos con su herencia mexicana, manejo de los casos por enfermería y visitas domiciliarias para facilitar el acceso a APN y servicios de la comunidad.	Adaptación cultural de servicios de atención para la maternidad	C/E, APN

ESTUDIO	DISEÑO DEL ESTUDIO	CONTEXTO	DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN	RECOMENDACIÓN	RESULTADOS DE INTERÉS INFORMADOS
Tumwine y col., 1996	Estudio de cohorte con base en hospital	ZIMBABUE, rural, distrito de Chimanimani	El HEM es cercano al hospital y es gratis. Se trata de una casa sencilla con habitaciones compartidas, baño y ducha. Se les entrega a las mujeres leña y agua pero ellas llevan su propia comida y vajilla. Las mujeres se quedan durante el último mes de gestación pero se las transfiere al hospital si aparecen complicaciones o comienza el trabajo de parto.	Hogares de espera materna	MM, MN, MP, OF
Turan y col., 2011	Estudio pre y post cuasi experimental con grupo de control no equivalente	ERITREA, un distrito en la zona Rojay otro en la zona de Anseba	Capacitación de los miembros de la comunidad (mujeres y hombres) para desempeñarse como voluntarios para salud materna; conducción de sesiones educativas participativas utilizando material elaborado a esos efectos. También se realizó enseñanza de destrezas a los prestadores de cuidados.	PPPC Involucramiento del hombre	PI
UNICEF, 2008	Estudio de casos	INDIA, rural	Con un cuestionario de autopsia verbal detallado se capturan los datos faltantes de los registros oficiales para reconstruir la secuencia de eventos y detectar la causa exacta de una muerte materna. La iniciativa de Vigilancia y Respuesta a la Mortalidad Materna (MAPEDIR, por su sigla en inglés) sensibiliza a las comunidades y los funcionarios de la salud acerca de temas vinculados a la salud materna y los estimula para que emprendan acciones a largo plazo para reducir las muertes maternas.	Participación de la comunidad en VRMM	
Van den Heuvel y col., 1999	Encuesta transversal de hogares	ZIMBABUE, rural, distrito de Gutu	No hay descripciones de la intervención. La política local es que está indicado atender el parto en el hospital ante la presencia de un factor de riesgo antes o durante el embarazo.	Hogares de espera materna	APC, PI
van Lonkhuijzen y col., 2003	Estudio de cohorte con base en hospital	ZAMBIA, rural, Provincia del Este	El HEM está al lado de la sala de maternidad. Edificio pequeño que aloja hasta 10-15 mujeres. Las mujeres con embarazos de alto riesgo fueron derivadas en el curso de las últimas semanas del embarazo. Los hospitales dan de comer a las mujeres alojadas en el HEM. El hospital cobra US\$ 3 a quienes se quedan en el HEM contra US\$ 6 para aquellas que no se quedan en el HEM. También se impartió educación sanitaria y APN.	Hogares de espera materna	MM, MB, MP
Varkey y col., 2004	Estudio de grupo de control no equivalente	INDIA, urbano, Nueva Delhi	Incluyeron asesoramiento de parejas, asesoramiento solo para mujeres (en grupos o individualmente), y asesoramiento solo para hombres (en grupos o individualmente).	Involucramiento del hombre	BF, C/E
Wild y col., 2012	Estudio del antes y después con base en el hospital	TIMOR-LESTE, rural, en Lautern este del país y en Manuhafi en el sur	Pequeño HEM próximo a la dependencia sanitaria. No había cocina o espacio para que la familia durmiera. Todas las mujeres se quedaban juntas en una habitación grande y recibían comida. Todas las mujeres que daban a luz en la dependencia sanitaria utilizaron el HEM. Las instalaciones de maternidad se trasladaron al HEM. Las mujeres informaron sobre el HEM en clínicas móviles y durante las visitas de APN.	Hogares de espera materna	PI
Yadamsuren y col., 2010	Datos del sistema de registros vitales	MONGOLIA	HEM implementado como una intervención en un programa más amplio de maternidad segura	Hogares de espera materna	MM