

# Cómo cambiar conductas para mejorar la salud materna y neonatal en zonas rurales de América Latina

Ariadna García Prado

Departamento de Investigación  
y Economista Jefe

NOTA TÉCNICA N°  
IDB-TN-1071

# Cómo cambiar conductas para mejorar la salud materna y neonatal en zonas rurales de América Latina

Ariadna García Prado

Universidad Pública de Navarra

Diciembre 2016

Catalogación en la fuente proporcionada por la  
Biblioteca Felipe Herrera del  
Banco Interamericano de Desarrollo

García Prado, Ariadna.

Cómo cambiar conductas para mejorar la salud materna y neonatal en zonas rurales  
de América Latina / Ariadna García Prado.

p. cm. — (Nota técnica del BID ; 1071)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Pregnant women-Health and hygiene-Latin America. 2. Maternal health services-  
Latin America. 3. Neonatal intensive care-Latin America. 4. Prenatal care-Latin  
America. I. Banco Interamericano de Desarrollo. Departamento de Investigación y  
Economista Jefe. II. Título. III. Serie.  
IDB-TN-1071

<http://www.iadb.org>

Copyright © 2016 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



## Resumen \*

El objetivo de este trabajo es revisar la literatura más relevante, reciente y rigurosa sobre estrategias dirigidas a estimular cambios en la demanda de servicios de salud materna y neonatal en zonas rurales de América Latina e identificar aquellas estrategias con más impacto y menor coste. La evidencia indica que: i) cubrir gastos directos aumenta la utilización de controles prenatales y parto institucional y parece ser costo-efectivo, ii) las intervenciones comunitarias tienen impactos positivos en indicadores vinculados a la norma social (uso de anticonceptivos y parto institucional), iii) los incentivos monetarios tienen impactos moderados en el uso de controles prenatales pero apenas promueven cambios en parto institucional ni en el uso de anticonceptivos, mientras que los incentivos no monetarios sí aumentan el parto institucional a un coste mucho más bajo, iv) enviar recordatorios a mujeres podría aumentar la utilización de visitas prenatales y posparto de modo costo-efectivo. Finalmente, v) es necesario promover visitas posparto y puerperales.

**Códigos JEL:** I12, I15

**Palabras clave:** Comportamiento en salud, Salud materna y neonatal, América Latina

---

\* Universidad Pública de Navarra. Departamento de Economía. Campus de Arrosadía s/n., Pamplona 31006. España.  
Tlf: +34948169648. ariadna.garcia@unavarra.es

## 1. Introducción

En el año 2013 murieron en el mundo 289.000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto, 2,6 millones de bebés debido a partos prematuros durante los últimos tres meses del embarazo o durante el parto y 2,7 millones de neonatos (ONU, 2015). La revisión de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y sus logros en el año 2015 ha revelado grandes avances tanto en mortalidad infantil como materna. En concreto, la meta correspondiente a salud infantil, reducción en dos tercios entre 1990 y 2015, se ha cumplido. Sin embargo, la mortalidad neonatal (durante los primeros 28 días de vida)<sup>1</sup> apenas ha decrecido. En la actualidad el 45% de todas las muertes de niños menores de cinco años son debidas a causas neonatales y a complicaciones relacionadas con el nacimiento temprano (Victora et al., 2015), lo que indica que los esfuerzos para continuar reduciendo la mortalidad infantil deben canalizarse hacia la mortalidad neonatal.

En salud materna, las mejoras también han sido notables al reducirse la mortalidad materna en un 50% a nivel global desde 1990 (Victora et al., 2015). A pesar de esta mejora, este indicador no ha conseguido alcanzar la meta fijada en los ODM: reducirse en tres cuartas partes entre 1990 y 2015 y por lo tanto, requiere especial atención para alcanzar logros mayores. En respuesta a estos retos, los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenibles hacen una llamada a reducir la mortalidad materna y neonatal, por debajo de 70 muertes por cada 100,000 nacidos vivos y por debajo de 12 por cada 1000 nacidos vivos respectivamente en cada país, y promueven el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva en 2030.

En América Latina también ha habido mejoras notables en cuanto a mortalidad materna e infantil. La meta de mortalidad infantil se ha cumplido en la región, aunque no en todos los países, pero, al igual que a nivel mundial, la mortalidad neonatal apenas se ha reducido. En cuanto a la mortalidad materna, la meta no se ha alcanzado. En 2013, hubo 85 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos, lo que supone una reducción del 39 por ciento respecto a 1990, muy lejos del 75 por ciento comprometido en los ODM (Comisión Económica para América Latina y El Caribe, CEPAL, 2015). Además, la razón de mortalidad materna varía notablemente

---

<sup>1</sup> Hay que distinguir entre muerte neonatal, la que sucede en los primeros 28 días de vida, y muerte post-neonatal, que sucede después de los primeros 28 días de vida y antes de cumplir el primer año de vida.

entre los países de la región: entre 16 y 17 por cada 100,000 nacidos vivos en Uruguay y Chile hasta 157, 116 y 109 en Haití, Guatemala y República Dominicana (CEPAL, 2025).

Pero no solo existen diferencias entre los países de la región sino también entre distintos grupos poblacionales. En América Latina, por ejemplo, la fecundidad de las mujeres entre 15 y 19 años es de 75,5 nacidos vivos por cada 1000 mujeres, solo superada a escala mundial por África Subsahariana (CEPAL, 2015), y mucho más alta que la fecundidad en otros grupos de edad. Como la probabilidad de que una mujer muera por motivos relacionados con el parto y el embarazo es mucho más alta para las adolescentes (Banco Mundial, 2012), la mortalidad materna en América Latina se concentra en este grupo poblacional. Existen también diferencias notables en la cobertura de servicios esenciales para la salud materna y neonatal, siendo mucho más baja entre las poblaciones rurales y pobres de América Latina (Neal et al., 2015, Mokdad et al., 2015).

La mayor parte de las muertes maternas ocurren en casa, en las zonas rurales, en las comunidades más pobres, durante el período del periparto (los últimos tres meses de embarazo hasta la primera semana después de dar a luz) (Ronsman y Graham, 2006). Sin embargo, el mayor pico de muerte sucede durante el período conocido como intraparto, en las fechas cercanas al parto y un día después del mismo (Campbell y Graham, 2006). Más de la mitad de las muertes son debidas a hemorragias, hipertensión, y sepsis, todas ellas prevenibles mediante la provisión y utilización de servicios prenatales, parto y posparto de calidad. El uso de los anticonceptivos es también esencial para reducir muertes, al espaciar los embarazos y partos, o evitar embarazos a edades adolescentes y/o tardías que son los que más riesgo conllevan. Pero en las zonas rurales es difícil promover la utilización de estos servicios al tratarse de poblaciones aisladas, con estilos de vida y estatus socioeconómicos y culturales que actúan como barreras y generan una percepción del valor de la salud y de los cuidados de salud más bajos que en zonas urbanas (Kolstad, 2011).

La mortalidad neonatal se produce principalmente debido a complicaciones en el momento del parto, como por ejemplo parto prematuro, bajo peso al nacer, parto prolongado u obstructivo (Berlinski y Schady, 2015; Bartlett et al., 1993; Kusiako et al., 2000). Según OMS (2006), un cuarto de las muertes neonatales se dan durante el parto o las primeras 24 horas de vida, mientras que tres cuartos de las muertes neonatales se producen en la primera semana de vida. Algunas de las complicaciones que llevan a la muerte neonatal son prevenibles mediante

los controles prenatales y posparto, y se resuelven más fácilmente si el parto es institucional. Pero los hábitos y creencias propias de las comunidades rurales implican conductas que con frecuencia son incompatibles con la adopción de estas intervenciones.

Implementar estrategias diferenciadas para las zonas rurales es, por tanto, necesario, así como conocer las dificultades que esta población afronta y que la diferencian de la población urbana.

En primer lugar, la población rural es menos densa y tiene más dificultades para acceder a los servicios de salud porque está más alejada de los mismos. En América Latina, el 20% de la población vive en zonas rurales (Dolea et al., 2010), pero la creciente urbanización de la región está produciendo que la población rural esté cada vez más dispersa. Las barreras geográficas implican también que estas poblaciones tengan que afrontar el coste de transporte para llegar a los servicios de salud y además, el coste de oportunidad de acceder a los mismos. En segundo lugar, la oferta de servicios de salud en las zonas rurales es más escasa. Por un lado, las economías de escala no justifican construir hospitales o centros de salud en zonas con población muy dispersa. Por otro lado, los profesionales que prestan servicios de salud en zonas rurales son difíciles de contratar y retener en su puesto de trabajo. Finalmente, la población rural es más heterogénea que la urbana en lo que se refiere a aspectos culturales, normas sociales y creencias. En países de América Latina con presencia de población indígena y rural, la población no busca tratamiento en los servicios de salud porque no valoran sus costumbres ni cultura (King and Behrman, 2009). Suelen ser sociedades rurales y patriarcales en las que se valoran ciertas costumbres, como la de tener el parto en casa, como símbolo de la fortaleza de la mujer (García Prado y Cortez, 2012).

En consecuencia, la población rural tiene menor esperanza de vida, mayor incidencia de enfermedades y mayor exposición a factores de riesgo (más malnutrición crónica, más embarazos no espaciados, más incidencia de diarrea y enfermedades respiratorias en niños) y peores indicadores de salud (mortalidad materna, desnutrición crónica, mortalidad neonatal e infantil). Además, el gasto de bolsillo en salud es más elevado y la protección financiera más baja que en la zona urbana (ILO, 2015).

En el pasado las estrategias para mejorar salud materna y neonatal en las zonas rurales y pobres se enfocaron principalmente en fortalecer la oferta de servicios de salud, intentando acercarla a las zonas rurales mediante modalidades itinerantes y/o expansión de infraestructura.

Sin embargo, ante la persistencia de inequidades entre población rural y urbana, indígena versus no indígena, se ha puesto más énfasis en la demanda y en afrontar el reto de cómo cambiar conductas y fomentar la utilización de aquellos servicios de salud (controles prenatales, parto institucional, puerperio y visitas posparto y planificación familiar) que pueden reducir las muertes maternas y neonatales.

Sin embargo, lograr cambios en el comportamiento de la demanda en salud es complejo. Además de las barreras propias de las zonas rurales (geográficas, financieras y culturales o personales), la población rural y pobre, al igual que la urbana, suele preferir el presente al futuro, lo que dificulta promover intervenciones preventivas que traen resultados positivos de salud en el largo plazo pero implican un coste presente. Además, las poblaciones pobres, rurales y urbanas, comparten el estrés asociado a la pobreza que puede reducir su capacidad cognitiva para tomar decisiones (Mani et al., 2013).

Este estudio se centra en identificar qué estrategias dirigidas a modificar cambios de comportamiento en la demanda de salud en zonas rurales y pobres tienen impactos positivos en los indicadores relacionados con la salud materna y neonatal. Nos centramos en evidencia empírica rigurosa, estudios experimentales y cuasi-experimentales, aunque también identificamos otros estudios que describen intervenciones potencialmente exitosas y cuya evaluación rigurosa en el área de salud materna y neonatal sería de interés en el futuro. Este trabajo es útil no solo para los tomadores de decisiones de política en el sector salud sino también para los académicos e investigadores que tengan interés en evaluar de modo riguroso algunas de las estrategias promisorias identificadas.

## **2. ¿Cuáles son los servicios clave para mejorar la salud materna y neonatal?**

La evidencia sobre las intervenciones más efectivas para reducir la mortalidad materna y neonatal es amplia y se asienta sobre el principio del continuo en la atención a lo largo del ciclo de la vida, incluyendo la gestación, el nacimiento y la niñez, y la adolescencia, a través no solo de los centros de salud y los hospitales sino también de la participación de la comunidad (OMS, 2005).

Entre las intervenciones clave para evitar muertes maternas y del neonato destacan: controles prenatales, parto institucional, visita puerperal, la atención al neonato, y la planificación familiar. Estos son los indicadores en los que nos centramos principalmente en este



estudio. Campbell et al 2006 añade otras intervenciones adicionales como la estimulación temprana, higiene y medidas de salud medioambiental. Decidimos concentrarnos en las primeras porque la entrega de estos servicios depende primeramente del ministerio de Salud, mientras que para la entrega de las segundas se requiere de coordinación inter-ministerial y por tanto es preferible un análisis separado de las mismas. A continuación analizamos brevemente cada una de ellas.

## ***2.1 Controles prenatales***

Los controles prenatales son visitas médicas que la embarazada debe tener durante el embarazo para prevenir el riesgo de parto prematuro y otros riesgos potenciales durante el parto. Ofrecen intervenciones médicas, nutricionales y educativas para reducir el riesgo de bajo peso al nacer y otros problemas propios del embarazo, además de promover la lactancia materna y el parto seguro. Cuando los controles prenatales no son adecuados, la probabilidad de que el bebé tenga bajo peso al nacer o de que haya parto prematuro aumenta y con ello la mortalidad neonatal y materna (Kogan et al, 1994; Herbst et., al 2003). El bajo peso al nacer, por ejemplo, contribuye al 60-80% de las muertes neonatales en América Latina (OMS, 2012).

¿Qué se entiende por controles prenatales adecuados? La Organización Mundial de la Salud (1996) recomienda un mínimo de cuatro controles prenatales (antes o alrededor de la semana 12, semana 26, semana 32 y semana 36-38). Sin embargo, cada país fija sus protocolos clínicos por lo que estas cifras varían considerablemente. En principio, los controles prenatales se deben prestar en el primer nivel de atención, aunque en algunos casos, en contextos rurales aislados y remotos, se pueden llegar a prestar en la propia comunidad (Neal et al., 2015). Esto hace que, al igual que todas las intervenciones que se pueden prestar a nivel comunitario y que son de corte preventivo, sean altamente costo-efectivas (Campbell y Graham, 2006). Para que sean adecuados, sus contenidos tienen que ajustarse a guías clínicas como las que presentamos en la Tabla A del Anexo.

En la mayoría de los estudios analizados en este trabajo, los controles prenatales se miden únicamente en número (no por su contenido) y solo en algún caso se especifica que se prestan en el centro de salud. Esta no es la mejor manera de medir los controles prenatales, ya que no está claro que a mayor número de controles se obtengan mejores resultados de salud.

## ***2.2 Parto institucional***

Por parto institucional se entiende aquel parto que sucede en el centro de salud u hospital habilitado para el parto, atendido por personal calificado, tal y como se refleja en el documento de estrategia global para la salud de las mujeres, niños y adolescentes publicada por las Naciones Unidas en 2015 para el período 2016-2030 (ONU, 2015). Sin embargo, en la literatura revisada se observa que, con frecuencia, lo que se mide es el parto atendido por personal calificado<sup>2</sup>. Este tipo de parto promueve más fácilmente el cambio de conducta de las mujeres rurales al suceder en la comunidad y consigue reducir algunos de los riesgos del parto en el hogar con una partera tradicional.

Sin embargo, la evidencia existente indica que lo deseable es que el parto que se promueve sea institucional, en un centro de salud habilitado para el parto con la asistencia de un profesional sanitario y con el equipamiento necesario para cubrir cualquier posible contingencia, evitando de este modo complicaciones no deseadas e inesperadas que tengan difícil solución al estar lejos del hospital (Jowett, 2000; Filippi et al., 2006). La evidencia empírica también señala que de no suceder en un centro de salud, el parto debe darse a menos de dos horas de distancia de un centro de salud con acceso a sangre segura (Lassi et al., 2010; Campbell y Graham, 2006). Para que se produzca un parto institucional es necesario que la mujer salga de la comunidad, con los costes financieros, de oportunidad y culturales que esto supone. Al ser una intervención que requiere acceso clínico, y una atención de 24 horas al día, 7 días a la semana, necesita contar con más recursos pero a pesar de esto, todavía se considera costo-efectiva dado el alto impacto que tiene en la reducción de la mortalidad materna y neonatal<sup>3</sup> (Campbell et al., 2006).

## ***2.3 Control puerperal y visitas posparto***

Estos controles y visitas son esenciales para la salud de la madre y del recién nacido. La evidencia indica la necesidad de al menos tres tipos de visitas tras el parto: la primera visita

---

<sup>2</sup> El término personal o proveedor calificado se refiere exclusivamente a aquellas personas con destrezas en atención profesional del parto (por ejemplo, médicos, parteras profesionales, enfermeros) que han sido capacitados hasta alcanzar pericia en las destrezas necesarias para brindar cuidados competentes durante el embarazo y el parto. Las personas calificadas deben ser capaces de manejar el trabajo de parto y el parto normal, reconocer el inicio de complicaciones, realizar intervenciones esenciales, dar comienzo al tratamiento y supervisar la referencia de la madre y el bebé a intervenciones que están más allá de sus competencias o que no son posibles en ese entorno particular. (Basado en OMS, 1999).

<sup>3</sup> La costo-efectividad podría ser menor en poblaciones muy aisladas debido a los altos costes de movilidad.

posparto debe suceder dentro de las primeras 24 horas tras haber dado a luz; la segunda (visita a la puérpera y al neonato) se debe prestar entre las 48 y 72 horas tras el parto y la tercera visita (puerperio tardío) debe suceder dentro de los primeros 10 días de vida (OMS, 2013). No obstante, la variabilidad de visitas que se establecen en las guías clínicas de cada país es sustancial.

La necesidad de atención en el puerperio inmediato goza de reconocimiento general (Li et al., 1996) pero es frecuente que la del puerperio tardío se descuide o se olvide por completo (Kowalewski y Jahn, 2001). Además, en algunos países de bajo ingreso es frecuente que la madre regrese a su hogar antes de las 24 horas tras haber dado a luz (García Prado y Cortez, 2012). A pesar de que más de la mitad de defunciones maternas y muchas de las neonatales se producen una vez transcurridas las 24 horas tras el parto, la utilización de estas visitas suele ser sumamente baja en países en desarrollo (Kowalewski y Jahn, 2001).

Al igual que en el caso de los controles prenatales, las visitas de atención al neonato se pueden prestar en la propia comunidad y por tanto son muy costo-efectivas (Campbell y Graham, 2006).

## ***2.4 Planificación Familiar***

Los servicios de planificación familiar son el conjunto de actividades ofrecidas por profesionales de la salud que contribuyen a que la familia, o mujer, pueda decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento del número de hijos, seleccionando el medio más conveniente para ello. Es un servicio clave para la población adolescente así como en el período puerperal inmediatamente después del parto.

En los estudios analizados se mide en términos de uso de anticonceptivos, sin especificar si son métodos modernos o no, salvo contadas excepciones.

Todos estos indicadores se consideran intermedios para conseguir un impacto en los indicadores de salud finales: bajo peso al nacer, mortalidad materna, mortalidad neonatal, y tasa de fertilidad<sup>4</sup>. Tendrán mayor o menor impacto dependiendo del contenido y la calidad de la prestación en los controles prenatales, parto institucional y visitas puerperales y neonatales. Existen unas guías clínicas reconocidas internacionalmente y promovidas por la OMS que

---

<sup>4</sup> En el caso de la fertilidad los estudios revisados buscan principalmente evaluar intervenciones dirigidas a espaciar el embarazo, reducir embarazos no deseados o embarazos adolescentes.

especifican cuáles son los servicios concretos que deben prestarse en cada una de estas etapas propias del continuo de atención a la mujer y neonato. Se pueden encontrar en el Anexo, en la Tabla A<sup>5</sup>, en la que además se indica en qué niveles de atención se pueden prestar estas intervenciones (comunidad, primer nivel de atención, referencia).

## ***2.5 Coberturas en América Latina***

Los datos para América Latina ofrecen información sobre controles prenatales y parto atendido por personal calificado principalmente. En la Tabla 1, se presenta un resumen de las coberturas para estos dos indicadores en toda la región, en algunos países seleccionados y en las zonas rurales de estos países.

En 2014, el 92% de los partos en América Latina contaron con la asistencia de un profesional sanitario especializado, aumentando en 11 puntos porcentuales con respecto a 1990. La mayoría de los países han registrado un incremento de sus niveles de atención según los últimos datos disponibles: 18 países presentan valores superiores al 95% y 10 están entre el 90% y el 95%; los niveles de atención en Bolivia, Honduras y Nicaragua se encuentran entre el 80% y el 90%, y Guatemala y Haití mantienen valores por debajo del 70% (CEPAL, 2015).

En cuanto a la cobertura de atención prenatal, las cifras son altas en relación con otras regiones del mundo y el 97% de las mujeres de 15 a 49 años con un nacido vivo en 2014 recibieron atención prenatal por personal de salud capacitado (médicos, enfermeras y asistentes de parto) al menos una vez durante el embarazo. Según los últimos datos disponibles, la mayoría de los países presentan valores a este respecto por encima del 90%. Sin embargo, un control prenatal es claramente insuficiente según el criterio de la OMS. Cuando se miden los cuatro controles prenatales entonces la cobertura media de la región es del 89%, con variaciones más notables entre países, desde 67% de cobertura en Surinam y Haití o el 77% de Bolivia, frente al 95% de Perú (CEPAL, 2015).

---

<sup>5</sup> En la Tabla A del Anexo se presenta una síntesis de las guías basadas en la evidencia que la Organización Mundial de la Salud en alianza con la Universidad Aga Khan en Pakistán publicó en 2011 sobre salud materna e infantil (The Partnership for Maternal, Newborn, and Child Health, 2011). En ella se presentan las intervenciones más costo-efectivas en base a la evidencia, ajustadas además al contexto de países de bajo y medio ingreso.

**Tabla 1. Cobertura de controles prenatales y parto atendido por personal calificado**

Indicadores	América Latina	Colombia	Perú	República Dominicana	Bolivia	Haití
<b>Controles prenatales (%)</b>						
Al menos un control prenatal (urbano)	97	97	97	98	90	90
Cuatro controles (urbano)	89	89	95	93	75	67
<b>Parto (%)</b>						
Parto atendido por personal calificado	92	99	90	97	84,8	37,3
Parto atendido por personal calificado (población rural)	nd	82	65	91	<40	<20

Fuente: CEPAL (2015) y Neal et al. (2015).

Cuando nos centramos en las poblaciones rurales y en las de quintil de ingreso más bajo, entonces los indicadores de cobertura se reducen notablemente. Neal et al. (2015) utilizan datos de las encuestas DHS en tres momentos del tiempo para 35 países y desagregan los indicadores por grupos poblacionales, de acuerdo a quintil de ingreso y ruralidad. Su análisis muestra que en países como Colombia, Perú y República Dominicana, en donde más del 80% de las mujeres obtienen atención calificada en el parto, todavía existen diferencias notables entre población rural y urbana, aún incluso a pesar de que los grupos más desfavorecidos en estos países han sido los que más han mejorado esta cobertura en los últimos años. En aquellos países cuya cobertura está por debajo del 80% como Haití y Bolivia, las diferencias entre quintiles de ingreso y entre población rural y urbana son mucho más grandes y además son las poblaciones pobres y rurales las que menos han progresado (Neal et al., 2015).

El comportamiento del indicador de cuidado prenatal es un poco diferente: para los países de mayor cobertura este indicador ha alcanzado niveles altos pero ha dejado de mejorar, se ha estancado, mientras que para los países de baja cobertura ha crecido menos para poblaciones rurales y pobres pero ha mejorado más en media que el indicador de atención al parto calificado (Neal et al 2015).

En definitiva, en muchos países con cobertura de atención calificada en el parto y cuidado prenatal altas, los pobres y la población rural todavía están atrás y aunque esas diferencias se hayan reducido, aún existen desigualdades y es necesario trabajar para seguir reduciéndolas. Los países de Mesoamérica son un claro ejemplo de estas desigualdades que existen incluso entre las poblaciones pobres y rurales (Mokdad et al 2015). Mejorar los indicadores de salud en la zona rural y cerrar estas brechas de cobertura se hace esencial para alcanzar sistemas de salud más equitativos, algo que ya forma parte de la agenda post-2015 (Samarasekera y Horton, 2014).

### **3. ¿Qué pueden hacer los gobiernos para mejorar la cobertura de servicios de salud materna y neonatal en las zonas rurales?**

Las intervenciones descritas en el apartado anterior son costo-efectivas, sin embargo implementarlas no es algo sencillo. La dificultad se encuentra en cómo conseguir que esos servicios esenciales se presten, que los potenciales pacientes los utilicen, y que además reciban la atención oportuna y la calidad apropiada, obteniendo buenos resultados de salud. Para poder afrontar este desafío, los gobiernos de América Latina y de los países en desarrollo en general han llevado a cabo diversas estrategias, principal y notablemente centradas en fortalecer la oferta de estos servicios y la calidad de los mismos.

El enfoque de oferta, aunque necesario, no logra solucionar por completo los problemas relacionados con las barreras de acceso que son comunes entre las poblaciones rurales y pobres. De poco sirve tener una oferta bien equipada, con personal de salud bien preparado, que no se ausenta, si la demanda no está motivada, informada y no utiliza los servicios (Figuroa y Kincaid, 2007). Acercar la oferta a la demanda podría paliar las barreras financieras y geográficas, pero no necesariamente las personales, que incluyen la cultura, las normas sociales propias de la comunidad en la que se habita y la percepción que uno tiene de su estado de salud. Estas barreras son relevantes en muchos contextos rurales indígenas. Por ello, en los últimos años han aumentado notablemente el número de estrategias que intentan motivar cambios de comportamiento en la demanda, de modo que aumente la utilización de los servicios esenciales de salud materna y neonatal y que los potenciales pacientes adopten cambios de comportamiento que contribuyan a reducir muertes maternas y neonatales.

Las intervenciones de demanda también son cruciales para reducir algunas de las demoras más comunes en el acceso a los servicios maternos y neonatales cuando se presenta una emergencia obstétrica o neonatal en la comunidad. Según el modelo de las tres demoras (Thaddeus and Maine, 1994) hay tres niveles que influyen en que el individuo reciba el cuidado de salud adecuado a tiempo o no. La primera demora implica el retraso en la búsqueda de ayuda cuando hay un problema de salud y normalmente va unido a la falta de conocimiento sobre la salud, a no saber identificar los signos de riesgo, y/o la falta de autonomía para decidir. La segunda demora implica la tardanza en el acceso al centro de salud bien por distancia física, falta de transporte o costes altos para acceder. La tercera demora se refiere al retraso en recibir el cuidado de salud adecuado en el centro de salud y se relaciona con la falta de medicinas, equipamiento de los centros de salud o mala formación o ausentismo del personal de salud (Kumar y Murray, 2014). Las intervenciones por el lado de la demanda que presentamos pueden fomentar la utilización de los servicios prenatales, parto institucional, puerperio y posparto además de responder a la primera demora y a la segunda demora. Entre las intervenciones desde la demanda se incluyen las siguientes.

### ***3.1 Estrategias para cubrir costes directos***

La evidencia indica claramente cuáles son las barreras económicas que afrontan las poblaciones pobres y rurales. Éstas se relacionan sobre todo con el coste de las medicinas y las consultas médicas (O'Donnell, 2007), y el coste de transporte (Frew et al., 1999; Ensor y Cooper, 2004) que son costes directos en los que se incurre al utilizar los servicios formales de salud. En este apartado se presentan aquellas estrategias que se dirigen a cubrir los principales costes directos de utilizar los servicios formales de salud<sup>6</sup>. Esto se plasma a través de dos opciones: por un lado, se trata de quitar los copagos (“user fees”) en el sector público. Por otro lado, se puede dar “vouchers” o bonos canjeables por el transporte al centro de salud y el copago correspondiente para acceder a los servicios prestados por el sector público o privado.

La evidencia muestra que reducir el coste de utilizar los servicios de salud a cero es muy importante, incluso si el precio por acceder a estos servicios es muy pequeño. Por ejemplo,

---

<sup>6</sup> Dejamos el análisis del coste de las medicinas para un estudio aparte dada la complejidad del mercado de medicamentos en países en desarrollo.

Kremer y Miguel (2007) muestran que un 80% de la población analizada toman la medicación desparasitante si es gratuita, mientras que este porcentaje baja al 20% si el precio aumenta a 0,30 Dólares. Cohen y Dupas (2010) concluyen que la mayoría de las mujeres embarazadas usan las redes anti-malaria cuando éstas se les da gratuitamente durante la visita prenatal, mientras que solo el 40% estaría dispuesta a comprarla al precio de 0,60 dólares por unidad. Del mismo modo, los individuos aumentan su disposición a utilizar el tratamiento en gotas para tratar el agua no potable cuanto más abarato es: Ashraf, Berry y Shapiro (2010) encuentra que la utilización de este tratamiento para el agua pasa de una utilización del 80% al 50% cuando el precio cambia de 0,10 a 0,25 dólares. La demanda de servicios de salud parece ser muy sensible a aumentos de precios pequeños, especialmente en el tramo en el que el precio es cercano a cero y viceversa, y, en consecuencia, eliminar los copagos, aún si son muy moderados, pueden tener efectos muy positivos en la utilización de los servicios.

Otra manera de motivar el desplazamiento de la comunidad al sistema formal de salud, sobre todo el de emergencia, es la creación de un fondo comunitario, como por ejemplo en Honduras (García Prado y Peña, 2010). Estas estrategias tratan de solventar las barreras financieras de acceso a los servicios de salud y en el caso de emergencia obstétrica o neonatal, pueden reducir la segunda demora del modelo de Thaddeus y Maine (1994).

Una ventaja de cubrir los costes directos es que se espera que esta estrategia impacte más la demanda de los más pobres, que son quienes en principio deberían tener una demanda más sensible al cambio de precio.

### ***3.2 Estrategias para cambiar aspectos culturales y sociales***

Se incluyen campañas de comunicación, dar cursos y formación a las madres, y uso de telenovelas para fomentar la imitación de ciertos hábitos saludables. También se han utilizado recordatorios, para dar respuesta al problema común de que los pobres viven bajo el estrés de las grandes demandas de la vida diaria y en numerosas ocasiones no acuden a la cita médica porque no lo recuerdan. Pero la mayoría son intervenciones a nivel comunitario, desde los agentes de salud comunitarios que proveen información crucial sobre salud materna e infantil y sirven para vincular la comunidad con el sistema formal de salud, hasta la conformación de grupos de mujeres en la comunidad a las que se forma en aspectos básicos de los cuidados de salud para ellas y sus bebés.



En otras ocasiones el trabajo en la comunidad se centra en identificar a los agentes promotores del cambio en la comunidad y aprovechar su influencia en las redes comunitarias. Todas estas iniciativas son importantes y pueden influir de manera decisiva en la reducción de las barreras de acceso personales o culturales así como en la primera demora. Fomentar la participación comunitaria es clave para generar el sentimiento de pertenencia a las reformas desde la base y para conseguir la sostenibilidad de las mismas (Rifkin, 2014).

### ***3.3 Incentivos monetarios y no monetarios***

Entre los incentivos a la demanda se encuentran incentivos monetarios y no monetarios. Ambos tratan de motivar cambios de comportamiento y de compensar de algún modo el esfuerzo que las madres o mujeres hacen al ir al centro de salud para recibir el control prenatal, o para dar a luz (coste de oportunidad<sup>7</sup>). Acudir a las visitas prenatales o tener un parto institucional implican un coste presente para estas mujeres y unos beneficios a futuro para su salud y la del bebé. Y como afirman Busso, Cristia y Humpage (2015), las personas pueden valorar las futuras ganancias en salud, pero, sin embargo, no estar dispuestos a sacrificar su consumo o tiempo presente para obtener tales ganancias. Esto es habitual en salud preventiva como también lo es que las personas pospongan ciertas citas de salud para un momento futuro y cuando llega ese momento lo pospongan de nuevo (Loewestein, 1992). Los incentivos buscan ofrecer una ganancia en el presente para intentar cambiar este tipo de comportamientos.

En el caso de los *incentivos no monetarios* esta ganancia o incentivo consiste en ofrecer comida, o ropita para el bebé a los usuarios del servicio de modo que les compense por el esfuerzo de ir al centro de salud. En el caso de Guatemala, por ejemplo, se entrega a todas las madres que dan a luz en el centro de salud una canastilla con los productos que se necesitan para el cuidado del recién nacido durante los primeros días de vida (Salud Mesoamérica 2015, Guatemala).

*Los incentivos monetarios* se ofrecen a través de los programas de *Transferencias Monetarias Condicionadas*. En estos programas se ofrece dinero condicionado a recibir las visitas prenatales o la vacuna antitetánica en el caso de las embarazadas, u otros tipos de

---

<sup>7</sup> El coste de oportunidad de los días perdidos en el trabajo al desplazarse para ir al sistema formal de salud es considerado como una barrera de acceso a los servicios de salud (Khan et al., 2002; Ensor y Cooper, 2004).

intervenciones. Los países de América Latina han sido pioneros en la implementación de estos programas, aunque ahora se pueden encontrar en muchos otros países.

En la Figura 1 se presenta el marco teórico que explica cómo las estrategias por el lado de la demanda pueden contribuir a reducir la mortalidad y morbilidad materna y neonatal, a través del cambio de comportamientos a nivel del hogar (nutrición y suplementos, cuidados esenciales al neonato como la lactancia materna exclusiva o el cuidado del cordón, y el acceso a anticonceptivos) así como para motivar el desplazamiento al centro de salud para poder acceder a los controles prenatales, para dar a luz, y para la primera visita posparto (en las primeras 24 horas tras haber dado a luz), la visita puerperal y neonatal (entre las 48 y 72 horas tras el parto), y la segunda visita puerperal (dentro de los primeros 10 días de vida) (Salud Mesoamérica 2013).

El énfasis en promover cambios de comportamiento en la demanda ha puesto de manifiesto, además, la necesidad de diseñar enfoques integrales en donde las estrategias de demanda y de oferta se integren y coordinen, fortaleciendo la atención primaria y las iniciativas comunitarias, incorporando los programas de salud verticales (vacunación, salud de la mujer, entre otros) todavía comunes en los sistemas de salud, en una plataforma integrada de servicios, garantizando la continuidad en la atención tanto en el cuidado regular como en la emergencia (Walley et al., 2008). La evidencia muestra que las intervenciones por el lado de la oferta son más efectivas si se complementan con intervenciones por el lado de la demanda y viceversa (Regalía y Castro, 2009; Gaarder, Glassman y Todd, 2010; Ranganatham y Lagarde, 2012) y que a pesar del esfuerzo de coordinación, los gobiernos cada vez implementan más este tipo de estrategias.

Finalmente, en el abordaje de los factores de riesgo que inciden en la salud materna y neonatal hay que tener en cuenta no solamente al sector salud sino otros sectores que son también corresponsables. Por tanto, hay gobiernos que tratan de implementar acciones intersectoriales como por ejemplo acceso a agua segura, saneamiento en coordinación con las intervenciones en salud. En muchos casos este tipo de enfoque integral e intersectorial se encuentra con fuertes obstáculos: a veces por falta de voluntad política o falta de conocimiento sobre sus ventajas, pero sobre todo por la debilidad de la gestión operativa y de la gestión a nivel local (Kerber et al, 2007), así como la falta de personal de salud formado en una visión de la salud más integral.

Un buen ejemplo de enfoque integral e intersectorial en salud es el de la iniciativa Salud Mesoamérica 2015 (SM2015), que invierte en la provisión de servicios de salud materno-infantil y nutrición de probada costo-efectividad en poblaciones en extrema pobreza en áreas rurales y remotas de Mesoamérica. La SM2015 representa una experiencia pionera en la región, así como a nivel global, de mecanismos de financiamiento basados en resultados, pero también como estrategia de enfoque integral y colaboración inter-sectorial. Existen varias evaluaciones en curso de esta iniciativa, que sin duda aportarán hallazgos importantes en el área de salud materna y neonatal.

**Figura 1. Marco conceptual: Cambios de comportamiento en Salud Materna y Neonatal<sup>8</sup>**

**ESTRATEGIAS PARA PROMOVER LA DEMANDA**

**1. Cubrir costes directos**

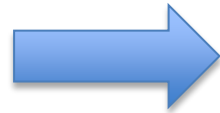
- Quitar los copagos del sector público
- Entrega de “vouchers”
- Fondo comunitario para emergencias

**2. Cambios culturales y sociales**

- Campañas
- Recordatorios
- Programas de radio y televisión
- Agentes comunitarios
- Grupos de mujeres
- Redes Sociales

**3. Incentivos monetarios y no monetarios**

- Transferencias Monetarias condicionadas
- Entrega de canastilla para el bebé, comida u otros



**DEMANDA DE SALUD**

**1. A nivel de hogar**

- Nutrición y suplementos
- Cuidados esenciales al neonato (lactancia materna exclusiva; cuidado del cordón etc...)
- Uso de anticonceptivos

**2. Sistema de salud**

Búsqueda de la atención en el servicio de salud ( controles prenatales, parto institucional, control a las 24-48 horas del parto y a los 10 días)



**RESULTADOS**

**Salud del neonato:**

- Peso al nacer
- Tasa de supervivencia
- Mortalidad neonatal

**Salud Materna:**

- Anemia
- Tasa de Fertilidad
- Complicaciones durante el parto y embarazo
- Mortalidad materna

<sup>8</sup> Elaboración propia, basado en el marco conceptual de Elmusharaf et al. (2015).

## **4. Evidencia empírica**

### ***4.1 Metodología***

En esta sección revisamos la evidencia sobre el impacto de programas que se han implementado por el lado de la demanda con el objetivo de aumentar la utilización de controles prenatales, parto institucional, uso de anticonceptivos y visitas durante el puerperio y posparto con el fin de mejorar la salud materna y neonatal. Se presenta la evidencia que nos permite saber qué programas producen los mayores impactos, y cuánto cuestan (solo en los casos en los que esta información está disponible). La búsqueda es exhaustiva, principalmente en Pubmed, Econlit, Medline y Cochrane Collection, además de en Scopus y Google Scholar. La selección final se centra en aquellos estudios que sean recientes, rigurosos desde el punto de vista metodológico y relevantes para América Latina y El Caribe. Priorizamos estudios con evaluaciones experimentales o cuasi-experimentales a gran escala en países en desarrollo. Sin embargo, también incluimos algunos estudios que no son experimentales, o que no se han implementado a gran escala sino que son pilotos. Hemos juzgado necesario describirlos puesto que analizan estrategias que podrían tener gran potencial en cuanto a impactos en salud materna y/o neonatal y, por tanto, son susceptibles de evaluaciones de impacto futuras.

Hemos incluido también estudios realizados en países y regiones distintos a América Latina. Aunque los resultados de estas evaluaciones no pueden extrapolarse directamente a otros contextos, algunos de los estudios realizados fuera de América Latina pueden servir de inspiración y ser evaluados para los contextos propios de esta región. Además, si cierto tipo de programas han generado efectos consistentes en diferentes contextos, se podrán esperar resultados similares en América Latina y El Caribe.

En la Tabla 2 se listan los experimentos que encontramos tras la revisión de la bibliografía. Los estudios están clasificados por áreas, de acuerdo a los puntos de la Figura 1, además se menciona el país en el que tiene lugar.

**Tabla 2. Estudios experimentales y cuasi-experimentales sobre salud materna y neonatal en zonas rurales**

<b>Intervenciones de Demanda</b>		<b>País</b>	<b>Experimento</b>
<b>Cobertura de gastos directos</b>	Entrega de vouchers	Uganda	Alfonso et al. (2013)
	Campanñas	Varios Países	Naugle y Hornick (2014)
<b>Estrategias culturales y sociales</b>	Información telefónica interactiva	Ghana	Rokicki et al. (2015)
	Telenovelas	Bangladesh	Do y Kincaid (2006)
		Brasil	La Ferrara et al. (2012)
	Grupos de mujeres	Bangladesh, India, Malawi, Nepal	Prost et al. (2013)
	Visitas domiciliarias y grupales para cuidado neonatal y lactancia materna	India, Bangladesh, Nepal, Pakistan, Indonesia y Gambia	Lassi et al. (2010b); Haroon et al. (2013)
	Agentes de salud comunitarios (parto institucional)	Kenia	Adam et al. (2014)
<b>Incentivos</b>		Honduras	Morris et al. (2004) Barber y Gertler (2009) Feldman et al. (2009)
	Transferencias Monetarias Condicionadas	México	Urquieta (2009) Lamadrid-Figueroa et al. (2010) Stecklov (2007)
		Guatemala	Gutiérrez (2010)
		Uruguay	Amarante et al. (2011)
	Entrega de canastilla	Zambia	Wang et al. (2016)

*Fuente:* Elaboración propia.

## **4.2 Estudios seleccionados**

### *4.2.1 Cobertura de costes directos<sup>9</sup>*

El estudio de Alfonso et al. (2013) se centra en la entrega de bonos (“vouchers”) a las mujeres que van a los controles prenatales y/o tienen un parto institucional en la zona rural de Uganda. Estos bonos son canjeables por transporte de ida y vuelta a las clínicas o centros de salud y también sirven de pago de los servicios maternos y neonatales en estas clínicas, que pueden ser públicas o privadas. Además también se fortalece la oferta de servicios de salud. Los resultados del estudio se miden en términos de controles prenatales y parto institucional.

### *4.2.2 Estrategias para cambiar aspectos culturales y sociales*

En este apartado se incluyen distintas estrategias de comunicación, informativas y educativas así como aquellas centradas en la comunidad.

Naugle y Hornick (2014) revisan la literatura sobre campañas en temas relacionados con la salud, identificando varios estudios sólidos en el área de salud materna y salud reproductiva y sexual.

Otra manera de informar, educar y comunicar es usando las nuevas tecnologías. Rokicki et al. (2015) utilizan el teléfono móvil para enviar información sobre salud sexual y reproductiva (planificación familiar) a adolescentes de Ghana. Se seleccionan aleatoriamente tres grupos, dos grupos de tratamiento y uno de control. En uno de los grupos de tratamiento se envía información sobre el tema a las adolescentes, que la reciben de manera pasiva, mientras que el otro grupo de tratamiento recibe un cuestionario interactivo y obtienen minutos de móvil gratuitos por cada respuesta correcta.

Por último, también se incluyen dos estudios que han evaluado las telenovelas, uno en Brasil (La Ferrara, 2012) y otro en Bangladesh (Do y Kincaid, 2006). Las telenovelas ofrecen la posibilidad de describir situaciones y personajes similares a las que la población de zonas rurales y pobres afronta. Por ello tienen un gran potencial educativo y los telespectadores que siguen estas telenovelas tendrán mayor inclinación a adoptar el tipo de cuidados preventivos que promueven. En este caso el tema a tratar es la planificación familiar y por tanto, la telenovela se utiliza como incentivo para usar métodos anticonceptivos.

---

<sup>9</sup> No hemos encontrado evidencia experimental o cuasi-experimental sobre la eliminación de copagos en el área de salud materna y neonatal.

En el área de participación comunitaria se encuentran varios estudios tipo meta-análisis. El estudio de Prost et al. (2013) es un meta-análisis de 7 experimentos aleatorios tipo cluster con un total de 119.428 nacimientos en los que se analiza el impacto de la organización de grupos de mujeres a nivel comunitario en la mortalidad materna y neonatal. Los estudios se centran en cuatro países: Bangladesh, India, Malawi y Nepal. La estrategia consiste en ofrecer formación sobre aspectos básicos de la salud materna y neonatal a varias mujeres de la comunidad, quienes posteriormente se encargan de conformar distintos grupos de mujeres (entre 9 y 13 grupos) y organizar reuniones mensuales (en la zona rural) o quincenales (en la zona urbana). A esta iniciativa comunitaria se añade también el fortalecimiento de los servicios prestados por el sistema de salud. Los grupos discuten sobre la importancia de los controles prenatales, la higiene durante el parto, las señales de riesgo a identificar y además, organizan el transporte para las mujeres embarazadas y crean un fondo comunitario para cubrir los costes asociados con el transporte y la atención cuando hay una emergencia obstétrica.

Existen otras estrategias comunitarias como por ejemplo las descritas en Lassi et al. (2010) y en Haroon et al. (2013) que se centran en la revisión de experimentos aleatorios tipo cluster para el cuidado neonatal y la lactancia materna respectivamente. Finalmente, también incluimos otro estudio que revisa varios experimentos aleatorios tipo cluster para la promoción del parto institucional en Kenia (Adam et al., 2014).

#### *4.2.3 Incentivos monetarios y no monetarios*

En el caso de los incentivos monetarios destacan sobre todo los estudios que evalúan el impacto de las Transferencias Monetarias Condicionadas (TMC) en varios indicadores de salud materna e infantil. Hemos incluido solo los estudios para Latinoamérica (y solo aquellos que se dirigen a la población rural) y un estudio de revisión de la literatura realizado por Glassman et al. (2013), ya que esta literatura es extensa. Existen otras evaluaciones de impacto de los programas de TMC en países como Nepal o India, por ejemplo. Las TMC se basan en la transferencia de dinero a las familias priorizadas por ingreso, de modo que el pago está condicionado a que las familias lleven a sus hijos a la escuela y a las revisiones médicas. Cada país fija distintas condicionalidades en lo que se refiere a salud. Solo Honduras y Uruguay incluyeron como condición acudir a los controles prenatales, mientras que en México, El Salvador y Guatemala solo requirieron visitas



preventivas para los niños. En El Salvador la intervención se acompañó de capacitaciones a las mujeres para aumentar su conocimiento sobre el parto.

La evidencia empírica es mucho más escasa en lo que se refiere a incentivos no monetarios evaluados sólidamente en salud materna y neonatal. Destacamos aquí el estudio de Wang et al. 2016 que, mediante un experimento aleatorizado con grupo de control y tratamiento, evalúan en dos distritos rurales de Zambia el impacto de ofrecer un kit materno-neonatal (canastilla con ropa y enseres de higiene necesarios para el bebé) cuya entrega se condiciona a dar a luz en un centro de salud habilitado para el parto.

### 4.3 Los impactos

En las Tablas 3, 4 y 5 resumidos los impactos de cada uno de los estudios descritos arriba. No podemos resumir el resultado en un solo indicador porque, aunque todos estos estudios se dirigen a mejorar la salud materna y neonatal, los indicadores intermedios o finales utilizados en cada uno son distintos.

Tabla 3. Impacto de las estrategias de cobertura de costes directos							
Cuidado Prenatal	Parto Calificado	Parto Institucional	Visitas Posparto	Anticonceptivos	Fertilidad	Bajo peso al nacer	Lactancia materna
<b>Bonos (“Vouchers”)</b>							
Alfonso et al. (2013)		0,523					
Uganda		[0.054]***					

\*10%, \*\*5%,\*\*\*1%

**Tabla 4. Impacto de las estrategias dirigidas a cambiar aspectos culturales y sociales**

	Cuidado Prenatal	Parto Calificado	Parto Institucional	Visitas Posparto	Anticonceptivos	Fertilidad	Bajo Peso al nacer	Lactancia materna
Rockiki et al. <sup>10</sup> (2015)					0,15 [0,03-0,86]			
Le Ferrara et al. <sup>11</sup> (2012)						-0,0078 [0,0024]***		
Do y Kincaid (2006)					0,105 [1,9]**			
Haroon et al. (2013) <sup>12</sup>								RR 1,43 [1,09-1,87]
Lassi et al. (2010) <sup>13</sup>								RR 1,94 [1,56-2,42]
Adam et al. (2014)			0,46 [3,83]**					

\*10%, \*\*5%, \*\*\*1%

<sup>10</sup> Se refiere, en particular, a la probabilidad de disminuir embarazos no deseados en adolescentes que tuvieron relaciones el año anterior.

<sup>11</sup> Indica que la influencia de la telenovela disminuye la probabilidad de tener un hijo en la franja de edad de 25 a 34 años en 0,8 puntos porcentuales. Para la franja de edad de 35 a 44 años esa probabilidad disminuye en 0,6 puntos porcentuales.

<sup>12</sup> Se presenta el efecto para la lactancia materna en el primer día de vida. El efecto sobre la lactancia materna durante el primer mes es de RR 1,32 (1,19-1,42).

<sup>13</sup> El estudio también muestra impactos en la reducción de la mortalidad neonatal: RR 0,76 (0,68-0,84)

**Tabla 5. Impacto de los incentivos monetarios y no monetarios**

	<b>Cuidado Prenatal</b>	<b>Parto Calificado</b>	<b>Parto Institucional</b>	<b>Visitas Posparto</b>	<b>Anticonceptivos</b>	<b>Fertilidad</b>	<b>Bajo Peso al nacer</b>	<b>Lactancia Materna</b>
<b>Incentivos Monetarios</b>								
De Brauw y Peterman (2011) El Salvador	-0,065 [0,072]	0,123 [0,070]*	0,153 [0,076]*	-0,059 [0,100]				
Morris et al. (2004) Honduras	0,187 [0,060]***			-0,056 [0,052]				
Barber y Gertler (2009) México							-0,046 [0,096]	
Gutiérrez et al. (2011) Guatemala	0,11 [0,067]**	0,04 [0,031]*						
Amarante et al. (2011) Uruguay	0,144 [0,059]**	-0,002 [0,009]				0,001 [0,00]***	-0,015 [0,005]***	
Urquieta et al. (2009) México		0,114 [0,048]**						
La Madrid-Figueroa et al. (2010) México					0,049 [0,036]			
Stecklov et al. (2007) México						-0,03 [0,003]		
Feldman et al. (2009) México					0,16 [0,097]**			

---

**Tabla 5., continuación**

---

	<b>Cuidado Prenatal</b>	<b>Parto Calificado</b>	<b>Parto Institucional</b>	<b>Visitas Posparto</b>	<b>Anticonceptivos</b>	<b>Fertilidad</b>	<b>Bajo Peso al nacer</b>	<b>Lactancia Materna</b>
<hr/> <b>Incentivos no monetarios</b>								
Wang et al .(2016)		1,63						
Zambia		[0,01]**						

---

\*10%, \*\*5%, \*\*\*1%

#### *4.3.1 Impacto de estrategias para cubrir costos directos: Entrega de “vouchers”*

La estrategia de los bonos (“vouchers”) entregados en Uganda obtiene impactos muy positivos en la mejora del parto institucional, con un incremento de hasta 52 puntos porcentuales de los que 9,5 son nuevos usuarios del centro de salud. Este estudio, además, muestra que esta intervención es costo-efectiva (Alfonso et al 2013)<sup>14</sup>.

#### *4.3.2 Impactos de las estrategias para cambiar aspectos culturales y sociales*

En lo que se refiere a Información, Educación y Comunicación las campañas de información no parecen tener un impacto claro en poblaciones rurales: en algunos casos aumenta el conocimiento pero no el uso, en otros inicialmente pueden aumentar la lactancia materna, por ejemplo, pero no hay continuidad y al cabo de 3 años tanto el conocimiento como el uso decaen (McDowell y McDivitt, 1990; Naugle y Hornick, 2014). Es común que las mujeres rurales, además de tener un nivel educativo bajo, tengan menos exposición a los medios de comunicación y por eso las campañas no parecen ser una buena idea a no ser que se diseñen de otro modo o se acompañen de otras intervenciones más individualizadas. Solo dos estudios de los analizados por Naugle y Hornick (2014) dan datos sobre el coste de las campañas: implican un coste adicional de 0,05 dólares por usuaria de cuidados prenatales. A pesar de no ser costosas, las campañas no parecen ser una vía determinante en los cambios de comportamiento en las zonas rurales, a no ser que se implementen en combinación con alguna de las estrategias que describimos a continuación.

Rokicki (2015) encuentra impactos interesantes en la adopción de conocimientos sobre planificación familiar entre adolescentes rurales. Las que recibieron mensajes unidireccionales no interactivos en su teléfonos, mejoraron sus respuestas a un test de conocimiento en 11 puntos porcentuales a los tres meses de comenzar el programa, mientras que las que recibieron mensajes interactivos, mejoraron sus respuestas en 24 puntos porcentuales. Estos conocimientos se mantuvieron hasta 15 meses después del programa. En el grupo de chicas que habían tenido relaciones sexuales el año anterior, la probabilidad de quedar embarazadas se redujo en un 8%

---

<sup>14</sup> Otros estudios que aplican la misma estrategia (bonos canjeables por transporte y pago de servicios materno y neonatales) también obtienen resultados positivos. Por ejemplo, en Bangladesh aumentan las visitas prenatales en un 55% frente a 34% del grupo de control, dar a luz con un proveedor calificado sube hasta un 64% frente al 27%, dar a luz en una institución sanitaria aumenta hasta un 38% versus un 19%, y finalmente, tener una visita posparto aumenta en un 30% frente a un 15% (Nguyen et al., 2012).

tanto en el programa unidireccional como el interactivo a los 15 meses después de iniciarse el programa.

Finalmente, las telenovelas tiene impactos positivos tanto en Brasil como en Bangladesh. En Brasil se deja de tener hijos a una edad más temprana pero no se retrasa la edad de comenzar a tenerlos (La Ferrara et al., 2012). En Bangladesh la tasa de fertilidad decreció en 11 puntos porcentuales, y aumentaron las visitas a clínicas de planificación familiar en 7 puntos porcentuales (Do y Kincaid, 2006). Do y Kincaid 2006 también muestran que el efecto en el conocimiento sobre métodos de planificación familiar es más fuerte que el efecto en el comportamiento, confirmando hallazgos similares previos en la literatura.

Entre las estrategias de *participación comunitaria* el trabajo con los grupos de mujeres obtiene impactos altos en la reducción de la mortalidad materna y neonatal. Así por ejemplo, en los estudios en los que más del 30% de las mujeres que conformaban los grupos estaban embarazadas, las reducciones en mortalidad materna y neonatal llegaron a ser del 55% y 33%, respectivamente. Estas reducciones son muy fuertes y se deben principalmente a que estas estrategias se han evaluado en contextos en los que la mortalidad materna y neonatal está entre las más altas del mundo (Bangladesh, India, Malawi, Nepal) y pequeños cambios en higiene y educación en la comunidad pueden tener un gran impacto. Algunas de las comunidades rurales de América Latina comparten estas características y podrían llegar a tener reducciones fuertes de mortalidad materna y neonatal.

Parece que estos grupos tuvieron especial efecto en mejorar la limpieza e higiene en los partos que tienen lugar en la comunidad y en la atención posparto inmediata e iniciación a la lactancia materna. Solo dos de los estudios revisados por Prost et al. (2013) muestran impactos positivos en los controles prenatales y uno de ellos en el parto institucional. Parece entonces que las reducciones en mortalidad materna y neonatal se deben sobre todo a las mejoras en la higiene y en el cuidado posparto inmediato en la propia comunidad.

Las revisiones realizadas sobre estrategias comunitarias por Lassi et al. (2010) y Haroon et al. (2013) concluyen que la combinación de consejería individual y trabajo de grupo es lo que más impacto tiene en el cuidado neonatal y la lactancia materna. En el caso de la lactancia materna aumenta en un 43% el primer día, y en un 30% en el primer mes (36% en media). En el caso de Adam et al. (2014), las mujeres expuestas a los mensajes de los trabajadores de salud comunitarios en zonas rurales de Kenia aumentaron su conocimiento sobre el parto institucional

y también el porcentaje de parto institucional significativamente: en media, en las tres regiones analizadas, los datos sobre parto institucional alcanzaron al 73% frente al 56% anterior a la intervención.

#### *4.3.3 Impacto de los incentivos monetarios y no monetarios*

Los resultados de estos estudios indican que los incentivos monetarios parecen tener efecto en el control prenatal adecuado<sup>15</sup> (con mejoras de 8 puntos porcentuales de diferencia entre grupo de control y tratamiento en México hasta 19 puntos porcentuales de aumento en Honduras) e incluso el parto atendido por personal calificado mejora en varios casos desde un 4% hasta una diferencia de 11.4 puntos porcentuales en México. Solo en el caso de El Salvador aumentan los partos institucionales en el hospital. Con respecto a las visitas posparto<sup>16</sup>, solo se miden en dos de los estudios, El Salvador y Honduras, y en ninguno de los dos hay impacto. Finalmente, en lo que se refiere a anticonceptivos y fertilidad solamente uno de los estudios en México, Feldman et al. (2009) encuentran efectos positivos en la utilización de anticonceptivos, mientras que Lamadrid-Figueroa et al. (2010), también en México, no encuentra impactos significativos. Cuando se mide el impacto en términos de tasas de fertilidad no se encuentran impactos significativos, salvo en el caso de Uruguay, aunque el efecto es muy débil (solo 1 punto porcentual de diferencia entre el grupo de control y el de tratamiento). El estudio de Amarante et al. (2011) en Uruguay también mide impactos en el bajo peso al nacer y encuentra mejoras en el peso del recién nacido.

Los impactos se muestran en la Tabla 5 y se puede decir que son moderados. Si bien es cierto que las TMC también buscan impactos en el consumo de los hogares priorizados, nosotros estamos interesados en su impacto sobre salud.

Los resultados del estudio que se incluye sobre incentivos no monetarios indican que esta intervención consiguió aumentar la probabilidad de tener un parto institucional en 9.9 puntos

---

<sup>15</sup> Utilizamos el término “control prenatal adecuado” ya que así lo utilizan en la mayoría de los estudios analizados sobre TMC. Sin embargo, “control prenatal adecuado” tiene distintos significados según el país o contexto. En la mayoría de los estudios analizados aquí se define como “número de controles prenatales”, salvo en el caso de Guatemala que es “número de controles prenatales en el centro de salud”. No está claro, sin embargo, que más controles prenatales impliquen mejores resultados de salud (Glassman et al., 2013).

<sup>16</sup> Al igual que en el caso del control prenatal adecuado, la definición de control posparto varía por países. En el estudio de Honduras se define como visita que se realiza a los 10 días del parto; no está claro si una visita posparto puede tener impacto en los resultados de salud. (Glassman et al., 2013).

porcentuales. El coste de cada canastilla es de 4 dólares y los autores calculan su coste-efectividad en 5183 \$ por muerte evitada.

#### **4.4 Resultados**

Si comparamos los impactos obtenidos con estrategias como los “vouchers” o las intervenciones dirigidas a cambiar comportamientos culturales y sociales en la salud materna y neonatal, está claro que las TMCs tiene impactos más limitados en salud. En el caso de los “vouchers” el dinero invertido va enfocado al servicio a cubrir (transporte y pago de los servicios de salud) lo que quizás permita un cumplimiento de las “condiciones” más estricto que en el caso de las TMCs. Otra posible explicación es que los indicadores como el parto o el uso de anticonceptivos parecen responder mejor a estrategias comunitarias o vouchers y no tanto a incentivos monetarios.

Aunque la mayoría de los estudios analizados no ofrecen información de costes, sabemos que los costes asociados con las TMCs son considerables (costes directos de las transferencias más los costes de monitoreo y supervisión y otros costes de transacción) (Fiszbein y Shady, 2009). Otras estrategias como los vouchers o las estrategias comunitarias probablemente impliquen costes más bajos que las TMCs y sean más costo-efectivas. En los pocos estudios existentes, los incentivos no monetarios también ofrecen un coste bajo (\$4 por canastilla) y una alta costo-efectividad.

### **5. Estudios Promisorios**

Aunque nuestra misión principal es identificar los estudios experimentales o cuasi-experimentales que muestren qué estrategias son las que permiten mejorar la salud materna y neonatal, también identificamos otros estudios que son promisorios. Algunos de estos estudios no son experimentales, otros son evaluaciones de impacto pero el resultado a analizar no es la salud materna y neonatal sino la nutrición infantil o las vacunaciones, otros no se han implementado en zonas rurales. Todos ellos tienen en común el potencial para ser aplicados en el área de salud materna y neonatal en zonas rurales. En la Tabla 6 se presentan estas intervenciones clasificadas por categoría, al igual que en la Tabla 2. Además se indica si el estudio en cuestión es experimental o no y si se hizo en zona rural.



**Tabla 6. Estudios promisorios en salud materna y neonatal**

<b>Intervenciones de Demanda</b>	<b>País</b>	<b>Estudios</b>	
	Recordatorios dosis vacunación	Guatemala, rural, experimental	Busso et al. (2015)
<b>Estrategias dirigidas a cambiar aspectos culturales y sociales</b>	Educación telefónica para embarazadas	India, rural, no experimental	Merck for Mothers (2015)
	Entrega de “voucher” de planificación familiar solo a la mujer versus a la pareja	Zambia, urbano, experimental	Ashraf et al. (2014)
	Agente comunitario informa a mujeres versus a la pareja sobre planificación familiar	Tanzania, rural, experimental, piloto	McCarthy (2015)
	Acompañamiento a parteras	Lesotho, rural, no experimental	Satti et al. (2012)
	Clubs de salud comunitaria	Zimbawe	Waterkeyn y Cairncross (2005)
<b>Incentivos no monetarios</b>	Entrega de lentejas a mujeres que vacunan a sus hijos	India, rural, experimental	Barnerjee et al. (2010)
	Entrega de jabón, cubo, mosquitera, azúcar y aceite (cuidado prenatal)	Etiopía rural, no experimental	Khogali et al. (2014)
	Entrega canastilla (parto institucional)	Malawi rural, no experimental	Van den Akker et al. (2011)

Fuente: Elaboración propia.

### **5.1 Estrategias para cambiar aspectos culturales y sociales**

Enviar recordatorios puede ser una forma de dar información sobre una cita médica que el paciente no debería perder. Busso et al. (2015) evalúan una estrategia que consiste en enviar recordatorios a través de agentes comunitarios de salud a las madres de una zona rural de

Guatemala cuyos hijos necesitan recibir las segundas y terceras dosis de las vacunas. Los listados con los niños que necesitan vacunarse estaban disponibles porque en Guatemala lleva operando durante muchos años el PEC, Programa de Extensión de Cobertura de servicios de salud básicos en zonas rurales, cuyo funcionamiento ha puesto en marcha un completo sistema de datos de la población objetivo. Utilizando estos listados y con la ayuda de los agentes comunitarios de salud que ya estaban trabajando para el PEC en las zonas rurales, se consigue aumentar la vacunación completa entre niños de 1 y 5 años en 2.2 puntos porcentuales con respecto al grupo de control. La estrategia implica un coste incremental muy bajo y por tanto se considera altamente costo-efectiva.

En segundo lugar, hemos seleccionado un piloto evaluado sin métodos experimentales. El piloto es una iniciativa de Merck for Mothers que se está implantando en la actualidad en Jahrkhand, India. Se trata de dar educación telefónica a mujeres sobre los servicios que deben recibir durante el embarazo, parto y posparto. Posteriormente, se da la oportunidad a las madres para evaluar, de manera anónima, y por teléfono la calidad de la atención recibida de acuerdo a lo aprendido previamente. Finalmente, en base a la información recibida por parte de las mujeres se da a los proveedores sanitarios retroalimentación sobre cómo prestan los servicios de acuerdo a la evaluación de las mujeres. La evidencia hasta la fecha parece indicar que las mujeres participan activamente en la formación y en la encuesta posterior y que los proveedores sanitarios están siendo receptivos a la retroalimentación recibida sobre sus servicios. Es una iniciativa prometedora porque fortalece la demanda y la oferta desde el punto de vista de la calidad, aunque la fuerza motor de esta estrategia parte de la demanda.

El estudio de Ashraf et al. (2014) en Zambia es experimental y se dirige a mejorar la adopción de métodos de planificación familiar entre las mujeres urbanas de Zambia. Para ello evalúan dos estrategias de entrega de información sobre planificación familiar. En ambos casos se financia el coste de la visita mediante un bono (“voucher”). En particular, se hacen dos grupos distintos: en uno se entrega un bono al marido y a la mujer para ir a la clínica de planificación familiar y recibir asesoramiento y en el otro grupo el bono se entrega solo a la mujer, sin que el marido lo sepa. Los resultados muestran impactos mayores en la utilización de anticonceptivos cuando el bono se entrega solo a la mujer. Esto implica desequilibrios a nivel de la decisión en el hogar. No está claro el impacto que esta estrategia tendría en zonas rurales, en donde el acceso a inyectables gratuitos, que las mujeres utilizan a espaldas de sus maridos, no es común.

Otro estudio reciente (McCarthy, 2015) confirma este resultado en la zona rural de Tanzania. Cuando las mujeres hablan a solas (sin su marido) con el agente comunitario sobre planificación familiar entonces los embarazos caen notablemente (hasta 16 puntos porcentuales). Sin embargo, cuando los maridos van con sus esposas a las reuniones comunitarias de planificación familiar reducen su deseo de tener muchos hijos. Incluir a los maridos en las consultas educativas sobre planificación familiar para reducir su deseo de tener muchos hijos puede combinarse con las visitas individuales de las mujeres. De este modo se da respuesta inmediata a la demanda de anticonceptivos por parte de las mujeres y a la vez se puede lograr un mayor impacto en el largo plazo sobre el deseo conjunto de tener hijos. Este estudio se ha hecho en pequeña escala pero sería interesante estudiar su impacto a gran escala y a más largo plazo.

Destacamos también el acompañamiento de parteras tradicionales a las mujeres embarazadas para que den a luz en el centro de salud u hospital como estrategia con un potencial importante, porque combina la intervención comunitaria con el acceso al sistema de salud formal. Las parteras tradicionales reciben un pago por realizar este acompañamiento y estar presentes en el momento del parto. Esto les compensa por los ingresos perdidos al no atender partos en la comunidad, mientras que las mujeres ven satisfecha su necesidad de recibir apoyo de la partera y contar con la presencia de elementos de la comunidad en el hospital. El artículo de Satti et al. (2012) evalúa esta experiencia en zonas rurales de Lesoto y muestra resultados interesantes: el número medio de visitas prenatales pasó de 20 a 31 al mes, además la clínica registró 178 partos institucionales en el primer año del programa, 216 en el segundo año frente a los 46 partos institucionales antes de la implantación del programa. En América Latina hay evidencia de esta experiencia en Honduras (García Prado y Peña, 2010) con aumentos muy altos de parto institucional. También se ha implantado en algunos de los países de Mesoamérica bajo la iniciativa Salud Mesoamérica 2015. La evaluación rigurosa de esta estrategia sería de gran utilidad.

Waterkeyn y Cairncross (2005) estudian los clubs de salud comunitaria en zonas rurales de Zimbawe. Esta estrategia se centra en cambiar los hábitos de higiene y la demanda de saneamiento de dos distritos rurales en Zimbawe. Con este fin, se organizan sesiones de formación para los integrantes de los clubs de salud comunitaria a través de material compuesto por tarjetas ilustradas basadas en la vida cotidiana del pueblo, comprensibles incluso por personas analfabetas. El curso se imparte por agentes de salud locales a quién se les da una

semana de formación en el uso de estos materiales y además se les encarga la organización de los clubs. Las reuniones eran semanales. Cada club elegía a un líder y tenía un comité ejecutivo, reglas constitutivas y elecciones anuales. Después de cada sesión del curso formativo, los participantes tenían tarea (mejoras en la casa y cambios de comportamiento que deberían hacerse efectivos para la siguiente sesión). Se organizaron visitas a las casas de los distintos miembros del grupo para monitorear los avances de cada uno en los cambios de higiene realizados en su casa. Una vez los cursos se terminaron, los clubs siguieron reuniéndose para tratar otros temas relacionados con la salud de la comunidad. Los técnicos de salud locales continuaron apoyando los grupos y el enfoque se institucionalizó con el apoyo del Ministerio de Salud. Los resultados fueron muy positivos con diferencias muy notables en cuanto a medidas de higiene en el hogar entre las familias con miembros en el club de salud comunitaria frente a las que no participaron en estos clubs. La clave del éxito de esta iniciativa parece residir en que los individuos están mejor preparados para afrontar el cambio de comportamiento, sin miedo al fracaso, con el apoyo del grupo que individualmente. El enfoque también refuerza la idea de que en comunidades rurales, casi analfabetas, los habitantes tienen mucha fe en el poder del conocimiento para romper el círculo vicioso de la pobreza.

Finalmente, aunque no se trata de una intervención en si misma, conocer cuáles son los nodos de influencia más fuertes en una comunidad y trabajar con ellos puede lograr que ciertas intervenciones sean más efectivas, consiguiendo cambios en indicadores difíciles de modificar además de lograr la expansión de estos cambios más fácilmente (Barnerjee et al., 2016). Un estudio cualitativo reciente centrado en Guatemala rural (BID, 2015), destaca que a la hora de decidir dónde dar a luz, las mujeres son las últimas en decidir y en su lugar deciden la suegra, el marido y la partera. Sin embargo, ante una emergencia obstétrica, el primero en decidir es el marido, luego la comadrona y, por último, la suegra. Otros análisis cuantitativos recientes (Kim et al., 2015; Sato y Takasaki, 2015) utilizan datos experimentales y muestran que la influencia de los amigos parece ser mayor que la de la persona más popular de la comunidad en el consumo de multivitaminas en Honduras y que la inclinación a vacunarse en una zona rural de Nigeria aumenta en 17 puntos porcentuales si un amigo se ha vacunado previamente. Tener esta información puede permitir diseñar intervenciones adaptadas a las redes propias de cada comunidad o contexto rural.

## ***5.2 Incentivos no monetarios***

Barnerjee y otros 2010 ofrecen lentejas a las madres rurales que llevan a sus hijos a vacunar cuando hay campaña de vacunación en el estado de Utar Pradesh en la India. En este experimento hay dos grupos de tratamiento y uno de control. En uno de los grupos de tratamiento se hace campaña de información con el mensaje de que la vacunación es “confiable”<sup>17</sup> y además se entrega lentejas a las madres que llevan a vacunar a sus hijos. En el segundo grupo de tratamiento no se ofrece ningún incentivo a la vacunación salvo la campaña con el mensaje de vacunación “confiable”. La vacunación completa (con todas las dosis) llega a ser del 39% en el grupo de vacunación “confiable” más incentivos, frente al 18% de vacunación en el grupo de vacunación “confiable” sin incentivos, y frente al grupo de control (6%). Los costes medios por vacunación son más altos en el grupo de vacunación “confiable” sin incentivos (56\$) que en el grupo de vacunación “confiable” con incentivos (28\$), y por tanto la estrategia es más costo-efectiva dando el incentivo no monetario. Sería importante evaluar los efectos de un programa de estas características a gran escala. Aunque el estudio se centra en medir los impactos en vacunación, esta estrategia podría ser fácilmente extendida a otros indicadores como controles prenatales, puerperal/posparto y parto institucional.

En América Latina apenas se han utilizado los incentivos no monetarios para promover cambios en la demanda. Bajo la iniciativa SM2015, en Guatemala se ofrece una canastilla con los enseres necesarios para el bebé durante sus primeras semanas de vida a las mujeres que tengan un parto institucional, pero aún no se conocen los resultados de su evaluación. Además del estudio experimental que mide el impacto en parto institucional de la entrega de una canastilla en Zambia (Wang et al., 2016), Van den Akker et al. (2011), en un trabajo no experimental, analiza un programa que promueve el parto institucional en Malawi. Aquí se entrega una canastilla en el momento del parto obteniendo buenos resultados. Pero también se han utilizado incentivos no monetarios para promover la utilización de las visitas prenatales. Por ejemplo, en otro estudio no experimental en Etiopía, Khogali et al. (2014) se analiza un

---

<sup>17</sup> Dado que la ONG Seva Mandir ha trabajado en la zona y tiene la confianza de la población rural, se hace hincapié en que la vacunación es ofrecida por esta ONG. La confianza de las poblaciones rurales en los proveedores de los servicios de salud pública es muy baja en algunas zonas rurales de la India (Nitchter, 1995), por eso se lanza el mensaje de “confiable”.

programa que ofrecía un pequeño incentivo no monetario por cada visita prenatal realizada<sup>18</sup>. El programa duró 3 años y aumentó mucho la utilización del primer control prenatal aunque con impactos limitados en los demás controles porque se quedaron sin incentivos no monetarios con la consecuente pérdida de credibilidad del programa. El coste total de los incentivos no monetarios era de 10\$ por persona.

## **6. Discusión y conclusiones**

En este estudio hemos revisado la literatura experimental y cuasi-experimental en el área de salud materna y neonatal en zonas rurales y pobres de Latinoamérica para identificar qué estrategias son capaces de modificar el comportamiento de la demanda y tener impacto en los principales indicadores en el área de salud materna y neonatal. Nos centramos exclusivamente en la literatura que incluye estrategias de demanda porque es en las zonas rurales donde estas estrategias parecen ser esenciales, especialmente cuando se trata de cambiar normas sociales, mentalidades y creencias que están muy arraigadas en estas poblaciones.

Habitualmente, la literatura sobre cambios en la demanda de salud se ha centrado en promover intervenciones de salud pública y saneamiento con externalidades positivas tales como la expansión y utilización de letrinas, la desparasitación, el acceso a agua segura o llevar a vacunar a los niños. Varias de estas intervenciones han sido evaluadas con rigor metodológico (ver por ejemplo Ahuja et al., 2015; Duflo et al., 2015; Miguel y Kremer, 2004) mostrando cambios positivos en el comportamiento de la demanda. Aunque este tipo de intervenciones se pueden entregar en la comunidad, lograr estos cambios de conducta no es fácil. Tanto más si se necesita que las mujeres rurales y/o indígenas salgan de su comunidad para, por ejemplo, dar a luz en un centro de salud u hospital. Este estudio pone de manifiesto que el enfoque de la oferta que ha prevalecido en cuanto a salud materna y neonatal debe complementarse con un enfoque de demanda que consiga que las mujeres salgan de la comunidad cuando sea necesario y utilicen el sistema formal de salud, sin chocar con las costumbres propias de la comunidad.

Nuestra revisión de estudios en zonas rurales arroja varios resultados interesantes. En primer lugar, los “vouchers” para cubrir gastos de transporte y de la atención en el centro de

---

<sup>18</sup> Por asistir al primer control prenatal las mujeres recibían una barra de jabón y un cubo, en la segunda visita una mosquitera, en la tercera azúcar, aceite para cocinar y un tarro de mermelada y en la última visita recibían un set de enseres necesarios para el parto.

salud tienen impactos positivos en la utilización del parto institucional y de los controles prenatales. Su costo es bajo y se consideran, por tanto, costo-efectivos. Sin embargo, no hemos encontrado evidencia de evaluaciones experimentales del efecto de los “vouchers” en América latina, así como tampoco hemos encontrado evidencia de su uso para promover las visitas posparto y puerperales. En combinación con otras estrategias como las comunitarias que promueven cambios culturales y sociales puede ser una intervención muy útil para fomentar que las mujeres salgan de la comunidad para dar a luz en un centro sanitario.

En segundo lugar, las estrategias dirigidas a conseguir cambios culturales y sociales, aunque muy heterogéneas, consiguen impactos notables en aquellos indicadores más vinculados a la norma social de la comunidad como son el parto institucional y el uso de anticonceptivos, aunque también se observan impactos positivos en otros indicadores como la utilización de los controles prenatales. De nuevo, apenas se encuentran intervenciones en este área que promuevan las visitas posparto y del puerperio.

En tercer lugar, el impacto de la utilización de incentivos varía según sean estos monetarios o no monetarios. Existe abundante evidencia sobre los primeros, en la forma de Transferencias Monetarias Condicionadas, tanto en América Latina como en otras regiones y países. Las TMC muestran impactos moderados en comparación a las otras estrategias analizadas y sobre todo impactan en el uso de los controles prenatales, aunque de modo moderado. Apenas se ven impactos en parto institucional ni en el uso de anticonceptivos. En cuanto a los incentivos no monetarios solo hemos encontrado un estudio experimental en el área de salud materna y neonatal (Wang et al. 2016 para Zambia) con impactos positivos en el parto institucional. Estos incentivos son menos costosos que las TMC y parecen ser más promisorios en cuanto a impactos (ver por ejemplo Barnerjee y otros, 2010 con vacunación, u otros estudios no experimentales que mencionamos y su impacto sobre la utilización de controles prenatales).

Es interesante mencionar que tras revisar la literatura se observa que la mayoría de los esfuerzos en el área de salud materna y neonatal se han canalizado hacia la promoción de los controles prenatales y el parto atendido por personal calificado o parto institucional. Con respecto a los controles prenatales, la evidencia muestra que responden bien a las distintas estrategias analizadas (TMC, grupos de mujeres en la comunidad, “vouchers”), aunque con impactos moderados. Generalmente es más fácil de expandir y mejorar la cobertura de controles prenatales que por ejemplo el parto, dado que no requiere cobertura 24 horas y se puede ofrecer

en los niveles más bajos del sistema de salud (Neal et al 2015). Sin embargo, los datos existentes en América Latina indican que la cobertura de cuatro controles prenatales, recomendada por la OMS no se ha alcanzado todavía en muchos de los países de la región y mucho menos en las zonas rurales (Neal et al., 2015). Hemos identificado varias estrategias promisorias, que aún no se han probado en este área, y que podrían promover las visitas prenatales e incluso las visitas posparto. Entre ellas destacan el envío de recordatorios a la demanda para cada una de estas visitas, y la oferta de incentivos no monetarios a cambio de cumplir con las visitas prenatales y/o posparto.

Con respecto al parto atendido por personal calificado y/o el del parto institucional, la mayoría de los estudios se fijan como objetivo promover que el parto sea atendido por personal calificado. Además, la evidencia revela que parece más fácil aumentar el parto atendido por personal calificado que el parto institucional: tanto en las TMC como en algunas de las estrategias comunitarias analizadas los impactos son siempre más altos en el indicador de parto atendido por personal calificado que en el de parto institucional. También se observa que las estrategias para cambiar aspectos culturales y sociales, los “vouchers” y los incentivos no monetarios parecen tener impactos mucho más altos en este indicador que las TMCs. Probablemente porque aquellos indicadores que están más sujetos a las normas sociales, como sucede con el lugar preferido para dar a luz, no responden tan bien a los incentivos monetarios. Apenas hay evidencia del impacto de los “vouchers” y de incentivos no monetarios sobre el parto institucional en América Latina. Implementar y evaluar estas estrategias en este contexto podría ser de interés para el futuro.

Es importante resaltar que apenas encontramos estrategias que promuevan las visitas posparto y puerperales. En los pocos casos en los que se incluye este objetivo, no se observan cambios significativos<sup>19</sup>. Esto parece indicar que no son visitas fáciles de promover, especialmente si implican desplazamientos al centro de salud o al hospital o bien una estancia más larga en los mismos una vez se da a luz. Es necesario, por tanto, prestar más atención y tratar de promover de manera más activa estas visitas, especialmente porque muchas de las muertes maternas y neonatales suceden en este período.

---

<sup>19</sup> Un artículo reciente centrado en una zona periurbana de Kenia encuentra impactos positivos en la búsqueda de los servicios de salud durante el período posparto cuando un trabajador comunitario informa a las madres en los tres días posteriores al parto sobre los riesgos y síntomas a vigilar durante este período (McConnell et al., 2016).



Finalmente, varios estudios analizados se centran en promover la demanda de servicios de planificación familiar. Cambiar el comportamiento en torno a la planificación familiar es un desafío ya que como Munshi and Myaux (2006) muestran en contextos rurales y de pobreza, las decisiones sobre fertilidad dependen más de la norma social de la comunidad que de la decisión individual. Nuestra revisión de la literatura indica que los incentivos monetarios no parecen mejorar la utilización de anticonceptivos, sin embargo, otras intervenciones que apelan al cambio de la norma social de la comunidad, como por ejemplo, las telenovelas o las redes sociales sí muestran impactos positivos y moderados en este indicador. El uso de tecnologías en este área, a través del envío de mensajes interactivos con el móvil para promover el uso de los anticonceptivos y evitar embarazos no deseados entre las adolescentes, parece tener impactos elevados. Este resultado abre la posibilidad de utilizar la telefonía móvil en el área de salud materna y neonatal, cuando hasta la fecha se había utilizado principalmente para prevenir, tratar y dar seguimiento a las enfermedades crónicas.

Este trabajo tiene limitaciones. En primer lugar, no trabajamos con una definición de ruralidad. De hecho, la categoría de rural no está universalmente definida y varía por países e incluso entre regiones y estados dentro de un país (Hart, Larson y Lishner, 2005). Además, puede abarcar desde la población peri-urbana hasta la extremadamente remota, de modo que nuestro análisis puede enmascarar patrones más complejos dentro de la ruralidad (Neal et al., 2015). Las principales clasificaciones de la población rural han utilizado medidas de tamaño, densidad de la población y proximidad a las zonas urbanas, pero la falta de uniformidad de criterios limita la posibilidad de analizar los problemas de la salud rural de modo más profundo (Weinhold y Gutner, 2014).

En segundo lugar, solo algunos de los estudios analizados incluyen información sobre costes de modo que, aún cuando algunas estrategias parecen tener impacto sobre los indicadores analizados, no podemos establecer comparaciones del coste de las distintas alternativas ni de su coste-efectividad.

En tercer lugar, los indicadores sobre los que se mide el impacto de las distintas estrategias son frecuentemente indicadores de resultados intermedios (controles prenatales, parto institucional, controles posparto entre otros) y solo en algunos estudios se mide el impacto en términos de indicadores de resultados finales en salud tal y como mortalidad materna, mortalidad neonatal o bajo peso al nacer. Aunque alcanzar los resultados intermedios nos acerca a la

consecución de los resultados finales, no siempre es así y el resultado final dependerá de otros factores como la calidad de los servicios prestados.

Varios temas quedan pendientes para investigaciones futuras. Sería interesante analizar qué estrategias han utilizado aquellos países de América Latina que han alcanzado una cobertura rápida y equitativa de salud materna y los factores que han posibilitado este progreso. Dickson et al. (2014) siguen este enfoque a nivel mundial e identifican entre un total de 13 países analizados a los cuatro que redujeron la mortalidad neonatal más rápidamente y las estrategias que siguieron para ello. Entre los países seleccionados está Perú (el único país en Latinoamérica) en donde las claves del éxito en la reducción de la mortalidad neonatal se explican principalmente por la expansión del seguro de salud para los pobres (el porcentaje de asegurados en las zonas rurales pasó de 24.7% en 2004 a 73% en 2011) y la implementación de un programa de transferencias condicionadas (JUNTOS) además de otras iniciativas público-privadas dirigidas a reducir la desigualdad en salud materno-infantil entre zonas rurales y urbanas, pobre y ricas.

Adicionalmente, un análisis de barreras de acceso por país permitiría identificar cuáles de las estrategias con impactos positivos en salud materna y neonatal son más apropiadas en unos países y cuáles en otros. Por ejemplo, los análisis de barreras realizados para los países de la región de Mesoamérica (SM2015) sugieren que países como Nicaragua, Honduras o Guatemala requieren estrategias que trabajen con la comunidad y con la percepción de la salud propia de manera más intensa que países como El Salvador o Panamá. En los primeros, las encuestas reflejan que las principales barreras identificadas por la población perteneciente al 20% más pobre (que coincide mayormente con las poblaciones rurales) son la preferencia por dar a luz en casa y recibir cuidados de salud en casa y la auto-percepción de no estar enfermos ni necesitar cuidados de salud. En El Salvador y Panamá las principales razones para no acceder a los servicios de salud maternos e infantiles son el coste de los medicamentos y el coste de acceder a los servicios de salud. En estos casos, intervenciones que cubran estos costes podrían solucionar los problemas de cobertura y utilización. Extender este tipo de análisis a otros países de la región puede clarificar qué estrategias son más adecuadas para los diferentes países y contextos rurales.

Finalmente, es importante notar que aunque el enfoque de este estudio son las poblaciones rurales, los pobres en algunas zonas urbanas de Latinoamérica también han sido dejados atrás. La rápida urbanización está creando ciudades grandes y concentradas con

poblaciones periurbanas con necesidades de salud no satisfechas, mientras las poblaciones rurales se dispersan cada vez más en pequeñas comunidades (Atun y otros, 2015). Un análisis de las poblaciones periurbanas podría formar parte de una agenda de investigación futura, al igual que el estudio de otro tipo de enfermedades prevalentes en la región. El enfoque en salud materna y neonatal es relevante en Latinoamérica pero es importante tener presente que estos problemas coexisten con el aumento de las enfermedades crónicas y la alta mortalidad y morbilidad relacionadas con los accidentes de tráfico y las muertes violentas relacionadas con el narcotráfico. Es lo que Atun et al. (2015) llaman la triple carga de enfermedad. Afrontar estos problemas, que habitualmente afectan con mayor incidencia a las poblaciones pobres y no solo los relacionados con la salud materna y neonatal, es indispensable para seguir reduciendo las disparidades en equidad en América Latina.

## Bibliografía

- Adam M.B. et al. 2014. “Improving maternal and newborn health: Effectiveness of a community health worker program in rural Kenya”. *PLoS ONE* 9(8): e104027. DOI: 10.1371/journal.pone.0104027
- Ahuja, A. et al. 2015. “When should governments subsidize health? The case of mass deworming”. *World Bank Economic Review* 29(Supplement 1): S9-S24.
- Alfonso, Y.N. et al. 2015. “Cost-effectiveness analysis of a voucher scheme combined with obstetrical quality improvements: Quasi experimental results from Uganda”. *Health Policy and Planning* 30(1):88-99.
- Amarante, V. et al. 2011. “Do cash transfers improve birth outcomes? Evidence from matched vital statistics, social security and program data”. NBER Working Paper 17690. Cambridge, Estados Unidos: National Bureau of Economic Research.
- Ashraf, N., J. Berry y J. Shapiro. 2010. “Can higher prices stimulate product use? Evidence from a field experiment in Zambia”. *American Economic Review* 100(5): 2383-413.
- Ashraf, N, Field, E., Lee, J. 2014. “Household bargaining and Excess Fertility: an experimental study in Zambia”. *American Economic Review* 104(7): 2210-2237.
- Atun, R. et al. 2015. “Health system reform and universal coverage in Latin America”. *Lancet* 385: 1230-47.
- Banerjee, A. et al. 2016. “Gossip: Identifying central individuals in a social network”. Economics Department Working Paper 9828. Cambridge, Estados Unidos: Massachusetts Institute of Technology.
- Barnerjee, A., et al. 2010. “Improving immunisation coverage in rural India: Clustered randomised controlled evaluation of immunisation campaigns with and without incentives”. *British Medical Journal* 340: c2220.
- Barber, S.L., y P. Gertler. 2009. “The impact of Mexico’s conditional cash transfer programme, Oportunidades, on birthweight”. *Tropical Medicine & International Health* 13: 1405-14.
- Bartlett, A., M. Paz de Bocaletti y M. Bocaletti. 1993. “Reducing perinatal mortality in developing countries: High risk or improved labour management?” *Health Policy and Planning* 8: 360–368.

- Berlinski, S., y N. Schady, editores. 2015. *Los primeros años: El bienestar infantil y el papel de las políticas públicas*. Reporte Desarrollo en las Américas. Washington, DC, Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Busso, M., J. Cristia y S. Humpage. 2015. “Did you get your shots? Experimental evidence on the role of reminders”. *Journal of Health Economics* 44: 226-237.
- Campbell, O.M.R., y W.J. Graham. 2006. “Strategies for reducing maternal mortality: Getting on with what works”. *Lancet* 368 (9543):1284-99.
- Cohen, J., y P. Dupas. 2010. “Free distribution or cost-sharing? Evidence from a randomized malaria prevention experiment”. *Quarterly Journal of Economics* 125: 1-45.
- Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL). 2015. *América Latina y El Caribe: Una mirada al futuro desde los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Darmstad, G. et al. 2005. “Evidence-based, cost-effective interventions: How many newborn babies can we save?” *Lancet* 365: 977-88
- De Brauw, A., y A. Peterman. 2011. “Can conditional cash transfers improve maternal health and birth Outcomes? Evidence from El Salvador’s Comunidades Solidarias Rurales”. IFPRI Discussion Paper 01080. Washington, DC, Estados Unidos: International Food Policy Research Institute.
- Dickson, K.E. et al. 2014. “Every newborn: Health-systems bottlenecks and strategies to accelerate scale-up in countries”. *Lancet* 284(9941): 438-454.
- Do, M.P., y L. Kincaid. 2006. “Impact of an entertainment-education television drama on health knowledge and behavior in Bangladesh: An application of propensity score matching”. *Journal of Health Communication* 11: 301-325.
- Dolea, C., L. Stormont y J.M. Braichet. 2010. “Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas”. *Bulletin of the World Health Organization* 88: 379-385.
- Duflo, E. et al. 2015. “Toilets can work: Short and medium run health impacts of addressing complementarities and externalities in water and sanitation”. NBER Working Paper 21521. Cambridge, Estados Unidos: National Bureau of Economic Research.

- Elmusharaf, K., E. Byrne y D. O'Donovan. 2015. "Strategies to increase demand for maternal health services in resource-limited settings: Challenges to be addressed". *BMC Public Health* 15: 870.
- Ensor, T., y S. Cooper. 2004. "Overcoming barriers to health service access and influencing the demand side through purchasing". Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper. Washington, DC, Estados Unidos: World Bank.
- Feldman, B.S. et al. 2009. "Contraceptive use, birth spacing, and autonomy: An analysis of the Oportunidades program in rural Mexico". *Studies in Family Planning* 40(1): 51-62.
- Figueroa, M.E., y D.L. Kincaid. 2007. "Social, cultural, and behavioral correlates of household water treatment and storage". En: M.Sobsey y T. Clasen, editors. *Household Water Treatment and Safe Storage*. Geneva, Suiza: World Health Organization.
- Filippi, V. et al. 2006. "Maternal health in poor countries: The broader context and a call for action". *Lancet* 368(9546):1535–1541.
- Fiszbein, A., y N. Schady. 2009. *Conditional cash transfers: Reducing present and future poverty*. World Bank Policy Research Report. Washington, DC, Estados Unidos: Banco Mundial.
- Frew, E. et al. 1999. "Estimating time and travel costs incurred in clinic screening: Flexible sigmoidoscopy screening for colorectal cancer". *Journal of Medical Screening* 6: 119-123.
- Gaarder, M., A. Glassman y J. Todd. 2010. "Conditional cash transfers and health: Unpacking the causal chain". *Journal of Development Effectiveness* 2(1): 6-50.
- García Prado, A., y C. Peña. 2010. "Contracting and providing basic services in Honduras: A comparison of traditional and alternative providers". Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper. Washington, DC, Estados Unidos: World Bank.
- García Prado, A., y R. Cortez. 2012. "Maternity waiting homes and institutional birth in Nicaragua: Policy options and strategic implications". *International Journal of Health Planning and Management* 27(2):150-66.
- Glassman, A. et al. 2013. "Impact of conditional cash transfers on maternal and newborn health". *Journal of Health, Population and Nutrition* 31(4/Supplement 2): S48-S66.
- Gordillo Tobar, A., editor. 2012. *Focal point for maternal and child health*. Washington, DC, Estados Unidos: Banco Mundial.

- Gutiérrez, J.P.. 2011. “Evaluación Externa de Impacto del Programa de Transferencias Monetarias Condicionadas: Mi Familia Progresiva.” Washington, DC, Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Haroon, D. et al. 2013. “Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: A systematic review”. *BMC Public Health* 13(3): S20.
- Hart L.G., E.H. Larson y D.M. Lishner. 2005. “Rural definitions for health policy and research”. *American Journal of Public Health* 95: 1149–55.
- Herbst, M. et al. 2003. “Relation of prenatal care and perinatal morbidity in low birth weight infants”. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 189: 930–933.
- Jowett, M. 2000. “Safe motherhood interventions in low-income countries: An economic justification and evidence of cost-effectiveness”. *Health Policy* 53(3):201-28.
- Kerber, K.J. et al. 2007. “Continuum of care for maternal, newborn, and child health: From slogan to service delivery”. *Lancet* 370:1358-69.
- Khan MA, Walley JD, Witter SN, Imran A., Safdar, N. 2002. Costs and cost-effectiveness of different DOTS strategies for treatment of tuberculosis in Pakistan. *Health Policy and Planning* 17: 178–86
- Khogali, M. et al. 2014. “Do non-monetary incentives for pregnant women increase antenatal attendance among Ethiopian pastoralists?” *Public Health Action* 4(1):12-14.
- Kim, D. et al. 2015. “Social network targeting to maximize population behaviour change: A cluster randomised controlled trial”. *Lancet* 386(9989): 145-53
- King, E., y J. Behrman. 2009. “Timing and duration of exposure in evaluations of social programs”. *World Bank Research Observer* 24(1):55-82.
- Kogan, M. et al. 1994. “Relation of the Content of Prenatal Care to the Risk of Low Birth Weight: Maternal Reports of Health Behavior Advice and Initial Prenatal Care Procedures.” *Journal of the American Medical Association* 271: 1340–1345.
- Kolodin, S., G. Rodríguez y K. Alegría-Flores, editores. 2015. *Asuntos de Familia: Estudio cualitativo sobre las redes sociales durante el embarazo y parto en Mesoamérica*. Washington, DC, Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Kolstad, J.R. 2011. “How to make rural jobs more attractive to health workers. Findings from a discrete choice experiment in Tanzania”. *Health Economics* 20(2): 196-211.

- Kowalewski M., y A. Jahn. 2001. "Health professionals for maternity services: Experiences on covering the population with quality maternal care". En: V. De Brouwere y W. Van Lerberghe, editors. *Safe motherhood strategies: A review of the evidence*. Studies in Health Services Organisation and Policy. Amberes, Bélgica. ITG Press.
- Kremer, M., y E. Miguel. 2007. "The illusion of sustainability". *Quarterly Journal of Economics* 112: 1007-65.
- Kumar, D., y C. Murray. 2014. "Does distance matter for institutional delivery in rural India?" *Applied Economics* 46(33): 4091-4109.
- Kusiako, T., C. Ronsmans y L. Van der Paal. 2000. "Perinatal mortality attributable to complications of childbirth in Matlab, Bangladesh". *Bulletin of the World Health Organization* 78(5): 621-627.
- Lamadrid-Figueroa, H. et al. 2010. "Heterogeneous impact of the social programme Oportunidades on use of contraceptive methods by young adult women living in rural areas". *Journal of Development Effectiveness* 2(1): 74-86.
- La Ferrara, E., A. Chong y S. Duryea. 2012. "Soap operas and fertility: Evidence from Brazil". *American Economic Journal: Applied Economics* 4(4): 1-31.
- Lassi, Z.S., B.A. Haider y Z.A. Bhutta. 2010. "Community-based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes". *Cochrane Database of Systematic Reviews* 11 (DOI: 10.1002/14651858).
- Li, X.F. et al. 1996. "The postpartum period: The key to maternal mortality". *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 54: 1-10
- Loewenstein, G. 1992. "The fall and rise of psychological explanations in the economics of intertemporal choice". In: G. Loewenstein y J. Elder, editores. *Choice over time*. Nueva York, Estados Unidos: Russell Sage Foundation.
- Mani, A. et al. 2013. "Poverty impedes cognitive function". *Science* 341: 976-980.
- McCarthy, A.S. 2015. "His and her fertility preferences: An experimental evaluation of asymmetric information in family planning". Documento presentado en la conferencia de la Western Economic Association International, Honolulu, Estados Unidos, 28 de junio-2 de julio.
- McConnell, M. et al. 2016. "Can a community health worker administered postnatal checklist increase health-seeking behaviors and knowledge? Evidence from a randomized trial with



- a private maternity facility in Kiambu County, Kenya”. *BMC Pregnancy Childbirth* 16: 136.
- McDowell, J., y J. McDivitt. 1990. “The HealthCom resurvey oral rehydration therapy practices in Gambia”. Menlo Park, Estados Unidos: Applied Communication Technology.
- Merck for Mothers. 2015. “Giving women in India the voice and choice to Drive Maternal Healthcare Quality”. <https://www.mhtf.org/2015/10/02/giving-women-in-india-the-voice-and-choice-to-drive-maternal-healthcare-quality/>
- Miguel, E., y M. Kremer. 2004. “Worms: Identifying impacts on education and health in the presence of treatment externalities”. *Econometrica* 72(1):159-217.
- Mokdad, A.H. et al. 2015. “Health and wealth in Mesoamerica: Findings from Salud Mesoamérica 2015”. *BMC Medicine* 13: 164.
- Morris, S. et al. 2004. “Monetary incentives in primary health care and effects on use and coverage of preventive health care interventions in rural Honduras: Cluster randomised trial”. *Lancet* 364: 2030-37.
- Munshi, K., y J. Myaux. 2006. “Social norms and the fertility transition”. *Journal of Development Economics* 80: 1-38.
- Naugle, D.A., y R.C. Hornick. 2014. “Systematic review of the effectiveness of mass media Interventions for child survival in low- and middle-income countries”. *Journal of Health Communication* 19(1): 190-215.
- Neal, S. et al. 2015. “Universal health care and equity: Evidence of maternal health based on an analysis of demographic and household survey data”. *International Journal for Equity in Health* 14: 56.
- Nguyen, T.H. et al. 2012. “Encouraging maternal health service utilization: An evaluation of the Bangladesh voucher program”. *Social Science and Medicine* 74:989-996.
- Nichter, M. 1995. “Vaccinations in the third world: A consideration of community demand.” *Social Science and Medicine* 41(5):617-632.
- O’Donnell, O. 2007. “Access to health care in developing countries: Breaking down demand side barriers”. *Cad Saude Publica* 23(12): 2820-34.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 1996. *Antenatal care: Report of a technical working group*. Ginebra, Suiza: OMS.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). 1999. “Reducción de la mortalidad materna: Declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial”. Ginebra, Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. 2005. *The world health report 2005: Make every mother and child count*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. 2012. *Maternal, newborn, child and adolescent health: Care of the preterm and/or low-birth-weight newborn*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. 2013. *WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). 2015. “The Global Strategy for Women’s, Children’s, and Adolescents’ Health (2016-2030): Survive, Thrive, Transform”. Serie Every Woman, Every Child. Nueva York, Estados Unidos: ONU.
- Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH). 2011. *A Global Review of the Key Interventions Related to Reproductive, Maternal, and Child Health (RMNCH)*. Ginebra, Suiza: PMNCH.
- Prost, A. et al. 2013. “Women’s group practising participatory learning and action to improve maternal and newborn health in low-resource settings: A systematic review and meta-analysis”. *Lancet* 381: 1736-1746.
- Ranganatham, M., y M. Lagarde. 2012. “Promoting healthy behaviours and improving health outcomes in low and middle income countries: A review of the impact of conditional cash transfer programmes”. *Preventive Medicine* 55(Supplement): S95-S105.
- Regalía, F, y L. Castro. 2009. “Nicaragua: Combining demand and supply-side incentives”. En: R. Eichler and R. Levine, editors. *Performance incentive for global health: Potential and pitfalls*. Washington, DC, Estados Unidos: Center for Global Development.
- Rifkin, S. 2014. “Examining the links between community participation and health outcomes”. *Health Policy and Planning* 29(2): 98-106.
- Rokicki, S. et al. 2015. “Impact of an interactive mobile phone reproductive health program on knowledge and behavior among adolescent girls: A cluster-randomized trial”. Cambridge, Estados Unidos: Harvard University. Documento mimeografiado.
- Ronsman, C., y WJ. Graham. 2006. “Maternal Mortality: who, when, where and why.” *Lancet* 368(9542):1289-200.

- Salud Mesoamérica. 2015. “Baseline household census and Survey for Honduras, Guatemala, El Salvador, Nicaragua and Panama: Final reports”. Washington, DC, Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo. Documento mimeografiado.
- Samarasekera, U., y R. Horton. 2014. “The world we want for every newborn child”. *Lancet* 384 (9938): 197-109.
- Sato, R., y Y. Takasaki, 2015. “Peer effects on vaccine take-up among women: Experimental evidence from rural Nigeria”. CIRJE Discussion Paper F-1002. Tokio, Japón: University of Tokyo. <http://www.cirje.e.u-tokyo.ac.jp/research/dp/2016/2016cf1002.pdf>
- Satti, H. et al. 2012. “Comprehensive approach to improving maternal health and achieving MDG 5: Report from the mountains of Lesotho”. *PLOS One* 7(8).
- Scheil-Adlung, X. 2015. “Global evidence on inequities in rural health protection: New data on rural deficits in health coverage for 174 countries”. ESS Document 47. Ginebra, Suiza: International Labour Organization.
- Stecklov et al. (2007) Stecklov G, Winters P, Todd J, Regalia F. “Unintended effects of poverty programmes on childbearing in less developed countries: experimental evidence from Latin America”. *Popul Stud (Camb)* 2007;61(2):125–140
- Thaddeus, S., y D. Maine. 1994. “Too far to walk: Maternal mortality in context”. *Social Science and Medicine* 38(8):1091-110
- Urquieta, J. et al. 2009. “Impact of Oportunidades on skilled attendance at delivery in rural areas”. *Economic Development and Cultural Change* 57(3): 539-558.
- Van den Akker, T. et al. “Can non-monetary incentives increase health facility deliveries? The experience in Thyolo District, Malawi”. *International Health* 3(1): 66-68.
- Victora, C.G. et al. 2015. “Countdown to 2015: A decade of tracking progress for maternal, newborn, and child survival”. *Lancet* October 15.  
doi: 10.1016/S0140-6736(15)00519-X.
- Walley, J. et al. 2008. “Primary health care: Making Alma-Ata a reality”. *Lancet* 372(9642): 1001-1007.
- Wang, P. et al. 2016. “Measuring the impact of non-monetary incentives on facility delivery in rural Zambia: A clustered randomised controlled trial”. *Tropical Medicine & International Health* 21(4): 515-524.

- Waterkeyn, J., y S. Cairncross. 2005. "Creating demand for sanitation and hygiene through community health clubs: A cost-effective intervention in two districts in Zimbabwe". *Social Science and Medicine* 61:1958-1970.
- Weinhold, I., y S. Gurtner. 2014. "Understanding shortages of sufficient health care in rural areas". *Health Policy* 118: 201-214.

## Anexos

**Tabla A1. Intervenciones esenciales según la evidencia para reducir la mortalidad materna y neonatal**

Nivel de atención	Antes del embarazo	Embarazo	Parto	Puerperio	Posparto
<i>Comunidad Primer nivel Referencia</i>	Planificación Familiar (orientación, métodos hormonales y de barrera)	Suplementos de hierro y ácido fólico	Uterotónicos profilácticos para prevenir la hemorragia puerperal	Planificación familiar: orientación y anticonceptivos	Cuidados térmicos inmediatos (para mantener caliente al bebé)
	Prevenir y tratar las infecciones de transmisión sexual, incluida la causada por el VIH	Vacuna antitetánica	Tratar la hemorragia puerperal con masaje uterino y uterotónicos	orientación nutricional	Inicio temprano de la lactancia materna ( en la primera hora)
	Fortificación o suplementos de ácido fólico para evitar defectos del tubo neural	Prevenición y tratamiento de Paludismo  Prevenición y tratamiento de infecciones de transmisión sexual Suplementos de calcio para prevenir la hipertensión arterial			Cuidados higiénicos del cordón umbilical y la piel  Posponer el primer baño del bebé (Dickson, 2014)

**Tabla A1, continuación**

Nivel de atención	Antes del Embarazo	Embarazo	Parto	Puerperio	Posparto
<b>Primer nivel de atención y Referencia</b>	Planificación familiar (métodos hormonales, de barrera y algunos quirúrgicos)	Dosis bajas de ácido acetilsalicílico para prevenir preeclampsia	Atención activa del alumbramiento (expulsión de la placenta para prevenir la hemorragia puerperal, uterotónicos y tracción controlada del cordón uterino)	Tratar la anemia materna	Reanimación del recién nacido con ambú (por personal profesional) cuando el bebé no respira al nacer
		Medicamentos antihipertensivos	Tratamiento de la hemorragia puerperal con masaje uterino y uterotónicos y extracción manual de la placenta	Tamizaje de la infección por el VIH e inicio o continuación del tratamiento	Método de madre canguro para los bebés prematuros y los que pesan menos de 2000 gramos
		Sulfato de magnesio para tratar la eclampsia	Tamizaje y tratamiento del VIH si no se ha hecho antes esta prueba		Apoyo adicional para alimentar a los bebés pequeños y prematuros
		Antibióticos para tratar la rotura permanente de membranas	Utilización de partograma para diagnosticar complicaciones (Dickson, 2014)		Tratamiento de los recién nacidos con ictericia
		Corticoesteroides para prevenir el síndrome de dificultad respiratoria en los bebés prematuros			Iniciar la administración profiláctica de antirretrovíricos a los bebés expuestos al VIH
		Aborto sin riesgos y asistencia posterior			Recién nacidos enfermos o pequeños (Fluido intravenoso, apoyo nutricional y provisión de oxígeno) (Damstard, 2005)
	Sífilis (tamizaje y tratamiento)				

**Tabla A1, continuación**

Nivel de atención	Antes del Embarazo	Embarazo	Parto	Puerperio	Posparto
<b>Referencia</b>	Planificación familiar ( métodos quirúrgicos)	Reducir la presentación fetal anómala mediante la versión cefálica externa	Cesárea por indicaciones maternas o fetales ( para salvar la vida de la madre o del bebé	Detectar y tratar la septicemia puerperal (infecciones graves después del parto)	Antibioticoterapia presuntiva para recién nacidos con riesgo de infección bacteriana
		Inducción del parto para tratar la rotura de membranas en el embarazo a término (iniciar el parto)	Antibióticos profilácticos para la cesárea	Inducción del parto en el embarazo prolongado	Uso de surfactante pulmonar (medicamento respiratorio) para prevenir el síndrome de dificultad respiratoria en los bebés prematuros Presión positiva continua de las vías respiratorias para tratar a los bebés con síndrome de dificultad respiratoria
<b>Estrategias comunitarias</b>			Tratamiento de la hemorragia puerperal (como se detalla anteriormente más métodos quirúrgicos)		Tratamiento de la septicemia, meningitis y neumonía del recién nacido
			Acceso a sangre segura (Dickson, 2014)		
		Visitas domiciliarias para atender a las mujeres y a los niños a lo largo del proceso continuo de atención			
			Grupos de mujeres		

*Fuente:* Elaboración propia basado en la Organización Mundial de la Salud, 2012 y Darmstad et al 2005 y Dickson, 2014