

Cómo mejorar la salud materna: lograr que suceda lo que funciona

Loveday Penn-Kekana,^a Barbara McPake,^b Justin Parkhurst^c

^a Investigadora, Centro de Políticas en Salud, Escuela de Salud Pública, Universidad de Witwatersrand, Johannesburgo, Sudáfrica. E-mail: loveday.penn-kekana@nhls.ac.za

^b Director, Instituto de Salud y Desarrollo Internacional, Universidad Queen Margaret, Edimburgo, RU

^c Profesor en Políticas de Salud, Unidad de Políticas de Salud, London School of Higiene and Tropical Medicine, Londres, RU

Resumen: *En muchos países, resulta improbable disminuir la tasa de mortalidad materna, pese a la disponibilidad de intervenciones eficaces y poco costosas que son parte de la política oficial. En este artículo se explora el porqué, a raíz de investigaciones sobre los servicios de maternidad en Bangladesh, Rusia, Sudáfrica y Uganda. Un simple modelo de respuestas dinámicas muestra que la clave para entender los retos de la implementación radica en las respuestas reflexivas, complejas y dinámicas de los trabajadores de la salud y miembros de la comunidad a las políticas y los programas. Estas respuestas son “dinámicas” en el sentido de que emergen debido a fuerzas dentro y fuera del sistema, y, a su vez emplean sus propias fuerzas. Tienen como resultado la diferencia entre el sistema de salud que es concebido en la política, y lo que es puesto en práctica por los trabajadores de la salud y experimentado por las usuarias. Los programas que procuran mejorar la salud materna no son sólo técnicos sino también intervenciones sociales que deben ser evaluadas como tal, utilizando metodologías que fueron creadas para evaluar intervenciones sociales complejas cuyo objetivo es promover cambios. Los elementos de los programas eficaces fueron definidos mundialmente. Sin embargo, para lograr que suceda lo que funciona, importa el contexto. Por tanto, los asesores técnicos deben dar “consejos” con más cautela, los administradores de programas locales deben recibir capacitación para realizar ajustes que mejoren los programas continuamente, y el detalle relacionado con el proceso, y no sólo los resultados, debe documentarse en las evaluaciones.*

Palabras clave: *servicios de maternidad, sistemas de salud, intervenciones para el cambio social, respuestas dinámicas, Bangladesh, Rusia, Sudáfrica, Uganda.*

EN los últimos tres años se han realizado una serie de publicaciones importantes sobre salud materna, incluyendo el *Informe Mundial de Salud 2005*, el informe del Grupo de Trabajo en Salud Materno Infantil *Transformando los Sistemas de Salud para Mujeres y Niños* y la serie *Lancet* referente a la sobrevivencia materna.¹⁻⁷ Estas publicaciones han hecho valiosas contribuciones, resumiendo la opinión de los mayores expertos en el tema acerca de por qué no se han logrado avances en la reducción de la muerte materna, y sobre lo que se requiere para cambiar esta situación.

En la última serie *Lancet*, una de las contribuciones se centra en “mantener lo que funciona”¹⁻⁷ y otra en “ampliar la escala del cuidado profesional calificado”⁷. Ambas enfatizan la necesidad de invertir en salud materna, y en los elementos del paquete de atención materna que deben ser priorizados. Por ejemplo, recogen evidencia acerca de que las estrategias basadas en la atención institucional de parto tienen mayor efecto sobre la mortalidad materna, y sobre la necesidad de aumentar la escala de la atención materna. Campbell y Graham¹ plantean que las “*estrategias funcionarán si los componentes son efectivos y los medios usados para*

su distribución alcanzan una alta cobertura en el grupo objetivo". (Mensajes clave, p.1284).

Luego de implementar un programa de investigación de cinco años de duración sobre sistemas de salud en Bangladesh, Rusia, Sudáfrica y Uganda, focalizado en los servicios de maternidad, hemos llegado a la conclusión de que es necesario darle vuelta a este argumento. Se requiere más bien poner mayor énfasis en el principio de que las estrategias *no* funcionarán si no se logra que los componentes sean efectivos y si los medios utilizados para distribuirlos *no* alcanzan una alta cobertura en el grupo objetivo.

En salud materna existe una gama de intervenciones cuya eficacia para reducir la mortalidad materna ha sido comprobada. Muchas de ellas son una política oficial en casi todos los lugares donde son necesarias. Pero como sabemos, en la práctica, más aun en los países de bajos ingresos que en los de altos ingresos, las intervenciones planeadas no son implementadas de manera efectiva. Una mejora en el conjunto de intervenciones para lograr una combinación óptima de las que resulten más eficaces no resuelve este problema.

La falta de inversión de recursos suficientes es un factor que a menudo contribuye al fracaso en la implementación efectiva de las intervenciones planificadas, lo que supone que los insumos necesarios no estarán físicamente disponibles. Un ejemplo de esta deficiencia, ciertamente bastante difundida, es no contar con personal calificado para la atención del parto en un número adecuado, tal como ha señalado Koblinsky⁷. Por lo tanto resulta apropiado demandar más recursos. Puede también ocurrir que los insumos estén mal distribuidos. Para que la intervención efectiva sea posible se requiere que el trabajador de salud esté calificado para realizarla, y que los instrumentos y suministros necesarios estén todos al mismo tiempo en el mismo lugar. Es posible que todas las condiciones no estén presentes simultáneamente debido a fallas en el sistema logístico; a inadecuadas oportunidades de capacitación; estrategias de entrega mal planificadas y otros factores susceptibles de ser resueltos técnicamente. Debido a ello resulta útil contar con la asesoría de expertos técnicos en estos temas.

Sin embargo, son frecuentes las veces en que no se logra que las estrategias sean efectivas, o que lleguen a los grupos objetivos, incluso cuando existe disponibilidad de insumos y equipos humanos adecuadamente capacitados en el lugar y momento indicados. En algunos de estos casos, aun cuando esta disponibilidad puede resultar problemática, son otros factores los que obstaculizan las intervenciones. Este artículo se centra en estas limitaciones para la sobrevivencia materna.

El Programa de Desarrollo de Sistemas de Salud

El Programa de Desarrollo de Sistemas de Salud fue un programa de investigación del Ministerio Británico para el Desarrollo Internacional (DFID), vigente desde el año 2001 hasta el 2006. Este desarrolló la mayor parte de su trabajo en Bangladesh, Rusia, Sudáfrica y Uganda. Esta selección contrastaba países de medianos ingresos "en transición", cuyas principales deficiencias en el sistema de salud estaban vinculadas a inequidades existentes, con países de bajos ingresos, en los cuales estos problemas se distribuían de manera más uniforme. Ambos tipos de problemas son relevantes para abordar la sobrevivencia materna a nivel global, aunque sus características sistémicas pueden ser bastante diferentes. El programa se centró en una gama de servicios de salud y condiciones como "proxys", que permitieran una mayor comprensión del funcionamiento del sistema de salud. Los servicios de maternidad son parte de un sistema de salud que funciona en diversos niveles, y requiere el cumplimiento de ciertas condiciones en la periferia del mismo en caso de emergencias.

Al inicio del programa se realizó un análisis situacional de los servicios de salud materna en los cuatro países, incluyendo la revisión de materiales tanto publicados como inéditos, entrevistas a actores clave y el análisis de fuentes secundarias disponibles. Luego se desarrollaron una serie de proyectos para explorar aspectos indispensables que surgieron del análisis situacional. En Bangladesh y Uganda, los estudios posteriores se centraron en la utilización de servicios, tema que emergió como el más relevante. En Rusia, se investigó los factores que pudieran explicar las amplias variaciones en prácticas y resultados en los establecimientos de salud, así como las razones por las cuales los profesionales no aceptaban ni implementaban la medicina basada en evidencias. En Sudáfrica, donde la deficiente práctica de los proveedores fue identificada como un elemento primordial en la mortalidad materna, la investigación se centró en los factores vinculados a la práctica de las obstetras en las salas de maternidad, así como aquellos que influían en los niveles, movilidad y motivación del personal. Los detalles completos de estos proyectos de investigación y publicaciones están disponibles en www.hsd.lshtm.ac.uk/links/index.htm.

Al finalizar el programa se desarrolló un modelo conceptual como resultado de las reflexiones conjuntas sobre el trabajo realizado en los cuatro países, así como de otros estudios (Gráfico 1). En este modelo se reconoce que tanto el contexto como las respuestas de los trabajadores de salud, pacientes y miembros de la comunidad moldean la forma en la que operan los sistemas de salud

local, así como el éxito o fracaso de las nuevas políticas y programas orientados a mejorar los servicios de maternidad en dicho contexto.

Este marco enfatiza los siguientes elementos: 1) Procesos de determinación más complejos, es decir, no sólo relaciones causa-efecto sino cadenas de factores, potencialmente muy extensas, que provocan múltiples interacciones, y 2) la naturaleza social del funcionamiento de los sistemas de salud, es decir, la importancia de la interacción entre los actores sociales. Este enfoque reconoce que los trabajadores de salud son seres humanos complejos, motivados por una gama de incentivos económicos y no económicos, inmersos en sistemas de valores culturales y profesionales. No son robots que implementan sin pensar cualquier cosa que se les diga, ni son ángeles que piensan sólo en el bienestar de sus pacientes.⁸ Igualmente, los pacientes y sus comunidades no son recipientes vacíos esperando ser “educados” para lograr que se eliminen las barreras económicas y físicas, sino participantes activos en una serie de procesos que pueden dar o no como resultado un acceso efectivo a los servicios. El “comportamiento con frecuencia desordenado de los individuos es a menudo difícil de cuantificar”.⁹

En este modelo, las respuestas de los trabajadores de salud y los miembros de la comunidad son la bisagra entre los arreglos formales (el sistema *de jure*, lo que se espera que ocurra) y el sistema *de facto* (lo que en realidad ocurre en los establecimientos y es experimentado por las personas que utilizan los servicios de salud). Estas respuestas son “dinámicas” en el sentido de que emergen por fuerzas internas y externas al sistema, y a su vez ejercen sus propias fuerzas. Aunque los arreglos formales ofrecen el punto de entrada para las in-

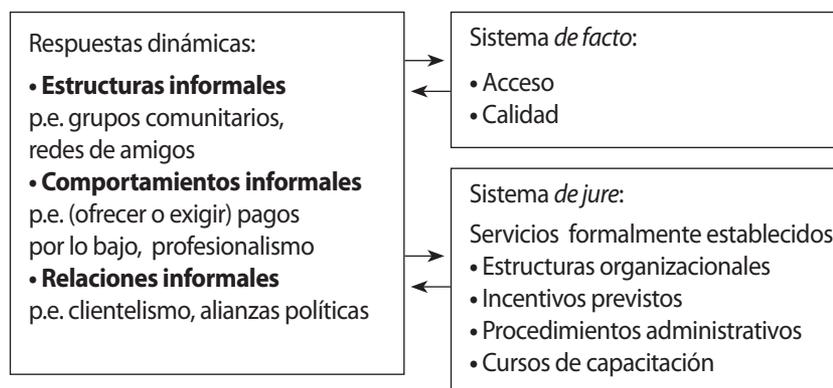
tervenciones, la posibilidad de que las personas accedan a servicios que respondan a sus necesidades depende de manera crucial de la respuesta de los trabajadores de salud y gerentes a cargo de la implementación del sistema *de jure*. Las relaciones y contextos que se dan en el campo son tan importantes como el conjunto de *inputs*, y deben ser abordados como tales. Tanto la política como la manera en que ésta es implementada y las razones para ello son igualmente importantes y dignas de atención y evaluación. Por tanto, para desarrollar programas y políticas con mejores resultados para los usuarios es necesario involucrarse directamente con el contexto, y con la forma en que las estructuras de organización formales, los incentivos previstos y los procedimientos administrativos interactúan en el terreno con las estructuras, comportamientos y relaciones informales.

El aspecto crítico del modelo es que no establece ningún vínculo directo entre los sistemas *de jure* y *de facto*, y por lo tanto, ningún vínculo necesario entre la provisión de *inputs* y su organización y gestión *de jure*, con los resultados que emerjan. El único sistema de salud susceptible de ser experimentado por quienes lo utilizan es aquel que emerge de múltiples interacciones humanas.

Estudios centrados en respuestas dinámicas en salud materna

Hemos extraído algunos ejemplos de nuestro trabajo para ilustrar el argumento del modelo planteado. Utilizamos nuestro propio trabajo debido en parte a que estamos más familiarizados con él, pero también porque aunque los temas identificados no son exclu-

Gráfico 1. Modelo de respuestas dinámicas



sivos a nuestra investigación, su principal motivación fue la exploración de estas dinámicas. Otros estudios reconocen las relaciones, estructuras y comportamientos informales, pero raramente focalizan su análisis en la forma como estos factores interactúan e influyen en las políticas o estrategias.

Sudáfrica

El análisis situacional de los servicios de maternidad en Sudáfrica concluyó que su desempeño es deficiente considerando que se trata de un país de medianos ingresos, que cuenta con una infraestructura de salud considerable, disponibilidad de personal, aborto legal, atención gratuita en la gestación y altos niveles de utilización de servicios de atención de parto (92% según la Encuesta Demográfica y de Salud de 1993). Los principales factores explicativos identificados incluyeron altos niveles de inequidad, impacto del VIH/SIDA y problemas en la práctica y motivación de los proveedores. Se realizaron dos estudios adicionales para explorar aspectos vinculados a los proveedores.

Una etnografía de dos salas de maternidad

Este estudio se desarrolló en dos hospitales distritales, uno urbano y otro rural. El proyecto buscaba explorar los factores que configuraban la práctica de los proveedores, dado que ésta había sido identificada como central en la ocurrencia de muertes maternas.¹⁰ El estudio encontró una brecha considerable entre la práctica establecida en los documentos de política oficial (el sistema *de jure*) y lo que realmente ocurría con relación al cuidado de las pacientes en las salas de parto (el sistema *de facto*). Las obstetrices se hallaban insertas en un sistema jerárquico, luchando por implementar una serie de nuevas políticas, en su mayoría no relacionadas directamente con la salud materna. Enfrentadas a enormes demandas, priorizaban las políticas que consideraban eran más valoradas por sus directores, aquellas que, de no ser implementadas supondrían una sanción, o las que podían implementarse fácilmente. Por ello comenzaron con los aspectos más sencillos de las nuevas políticas: colocar afiches con directivas para tratar las principales causas de mortalidad materna, por ejemplo, aunque se hizo poco para respaldar estas directivas. Se ignoró los cambios más complejos o difíciles, particularmente si tenían un impacto en la cultura del establecimiento o desafiaban la dinámica de poder existente. Raramente se explicaba o discutía con el personal la finalidad de las políticas; más bien, se les presentaba una lista de tareas a cumplir.

Esta situación era particularmente evidente con

relación a un conjunto de políticas que buscaban empoderar a las pacientes y mejorar la relación paciente-proveedor. Las enfermeras debían llevar etiquetas con sus nombres y eran sancionadas por los directores si no lo hacían, pero no quedaba claro (o no era considerado importante por esos mismos directores) si esto mejoraba la relación con las pacientes. Durante el estudio, el investigador observó a una enfermera mayor burlándose de las pacientes que no podían leer las etiquetas y, en una serie de situaciones, que las pacientes no usaban los nombres de las enfermeras ni parecían recordarlos si querían quejarse sobre alguna de ellas en particular. Ambas salas de parto tenían buzones de sugerencias en las paredes; en uno de los hospitales, estos no contaban con papeles, mientras que en el otro, se solicitaba de manera rutinaria a las pacientes que los llenaran antes de ser dadas de alta. Estos comentarios servían de insumos para los informes que eran enviados cada mes a la dirección del hospital y al gobierno provincial, pero no se abordaba las quejas como tales. Lo importante, y lo que era evaluado como parte del desempeño del director de la sala, era que se escribieran los informes.

Otro claro ejemplo de cómo las relaciones informales afectaban los servicios provistos *de facto*, se relacionaba con la capacitación. Las oportunidades de capacitación existían, pero también controversias entre el personal, y entre la dirección y los sindicatos, sobre quién debía beneficiarse de ella. Como resultado, los contenidos de la capacitación no siempre eran replicados a los demás miembros de la sala, y ésta llegaba a quienes no debía para asegurar que se trataba de un proceso "justo".¹¹

Con relación a las respuestas de las pacientes y la comunidad, el estudio etnográfico encontró que las primeras tomaban decisiones acerca del hospital en el que querían dar a luz, contrariamente a lo previsto por los planificadores en salud. Por ejemplo, tanto mujeres blancas como negras preferían dar a luz en los hospitales antes exclusivos para población blanca, por la percepción de una mejor calidad de atención. Ello, a pesar que estos hospitales se encontraban más lejos de donde vivían, eran establecimientos de menor nivel y no siempre realizaban cesáreas.¹¹

La dinámica del personal de enfermería en las salas de maternidad

Se realizó un segundo estudio en tres de las provincias más pobres de Sudáfrica. Se envió un cuestionario por fax a todos los hospitales del sector público que brindaran servicios de maternidad en las tres provincias. Se realizó visitas a 15 hospitales y 27 clínicas seleccionadas a través de un muestreo multietápico por conglomerados.

erados. El estudio tenía cuatro componentes: un instrumento para medir la movilidad, absentismo, índices de vacancia y carga de trabajo del personal; una encuesta de motivación; un experimento de selección divergente; y una sección cualitativa para explorar las visiones de los directores de enfermería acerca de los retos que plantea el dirigir y retener al personal en las salas de maternidad. El estudio encontró que el personal de enfermería estaba desmotivado y que cerca de la mitad consideraba la posibilidad de dejar su trabajo. Los factores asociados con la falta de compromiso organizacional eran el pago inadecuado, las escasas perspectivas de promoción, el no sentirse respaldados por la dirección y la mala relación con sus colegas. El experimento de selección divergente encontró que las decisiones de las enfermeras sobre su trabajo eran influidas tanto por factores económicos como no económicos. La adecuada gerencia y buen equipamiento del hospital tenían tanta influencia en las decisiones sobre el lugar de trabajo, como un incremento de 15% en el sueldo.

La sección cualitativa de la investigación identificó una serie de ejemplos de políticas que no funcionaban de la manera prevista. Por ejemplo, el gobierno sudamericano introdujo una asignación para retener al personal en áreas rurales. Sin embargo, esta asignación estaba dirigida sólo a las enfermeras de nivel profesional y no técnico, lo que provocó altos niveles de tensión en las salas de maternidad. La reforma parecía haber tenido un impacto no sólo en la desmotivación del personal que no recibía la asignación, sino también haber causado una “doble desmotivación”¹² en el personal que sí la recibía, dado que se sentía culpable, avergonzado o incómodo porque sus colegas no lo hacían, y que manifestaban: “*Tú recibes la asignación, haz tú el trabajo*”.

Otro hallazgo clave fue que los directores de las salas de maternidad y los hospitales tenían dificultades con su rol. Muchos “actuaban” como tales y sentían que asumían una responsabilidad que no era retribuida. Muchos opinaron que los procesos de asignación de personal eran injustos. “*Le dan el trabajo a cualquiera, generalmente a la amiga de alguien, sin importar si sabe algo de gerencia*”.

En algunos establecimientos había una alta movilidad de personal, y en otros una desorganización en la gerencia. Por ejemplo, en un establecimiento, tres miembros diferentes del personal se identificaron a sí mismos como gerentes. En otros hospitales, la gerencia y el personal estaban atrapados en conflictos sobre temas específicos que afectaban todas las áreas de trabajo, incluyendo la negativa del personal a implementar diversas políticas y aspectos referidos al cuidado del paciente, como una forma de desafiar a sus superiores.¹³

En estas circunstancias, no es difícil imaginar cómo puede distorsionarse en esencia una intervención orientada a mejorar la salud materna.

Rusia

En Rusia, el análisis situacional encontró que a pesar de que existe una vasta infraestructura ampliamente usada por las mujeres, el sistema no logra buenos resultados en la salud. Una explicación esgrimida es que los grupos marginados con mayores necesidades enfrentan barreras sistemáticas en el acceso, y los servicios no siempre responden a las mismas.^{14,15} Un segundo hallazgo clave fue la amplia variación en las prácticas observadas en las unidades de maternidad, así como un distanciamiento de la práctica basada en evidencias reconocidas internacionalmente. Por ejemplo, muchas mujeres fueron hospitalizadas por largos periodos de tiempo debido a que sus embarazos fueron catalogados como “anormales”.

Explicando la variación en la práctica de los proveedores en la región Tula

La región Tula fue seleccionada para el estudio debido a la disponibilidad de una base de datos elaborada para recoger amplia información sobre el resultado de embarazos y partos en la región.¹⁵ El estudio incluyó el análisis de fuentes secundarias, entrevistas en profundidad con decisores, practicantes y gerentes de establecimientos, así como la revisión de documentos de política. La tasa de natalidad en Tula, como en el resto de Rusia, descendió a la mitad entre 1987 y 1999. Sin embargo, el sistema *de jure* no respondió—no se realizaron ajustes en la disponibilidad de camas ni en los incentivos relacionados con ella, que establecían una relación directa entre el financiamiento y el número de camas. El resultado en el sistema *de facto* fue un incremento del número de mujeres hospitalizadas por condiciones mal definidas, tales como “prevención de aborto espontáneo”. En algunos establecimientos, todas las mujeres embarazadas eran hospitalizadas por esta razón, generalmente por un periodo de 28 días. La proporción de camas de maternidad utilizadas para este tipo de condiciones prenatales con relación a las utilizadas para el parto se incrementó de 21% a 45% entre 1985 y 2001.

Se realizaron informalmente algunos cambios adicionales a nivel local, que permitieron dejar vacantes los puestos que resultaban innecesarios. Este presupuesto fue destinado a mejorar algunos salarios y contratar personal no contemplado pero necesario para fines de administración y cuidado especializado, como por ejemplo anestesiastas.

El estudio encontró un sistema *de jure* altamente regulado que especificaba una larga lista de procedimientos. En muchos casos, los “protocolos obligatorios” no recogían la evidencia internacional sobre efectividad. Incluían enemas, rasurado y monitoreo fetal de rutina, así como la posición horizontal para el parto. Sin embargo, pocos de los entrevistados recordaban estas medidas; estaban más familiarizados con decretos más antiguos de la Unión Soviética que prescribían la estructura requerida para los servicios de salud materna. Las prácticas obstétricas de rutina tampoco recogían la evidencia internacional, e incluían la prescripción rutinaria de multivitamínicos y restricciones estrictas en la dieta, con relación, por ejemplo, a frutas y vegetales de color rojo.

Se encontró que algunos procedimientos eran aplicados a pacientes que no evidenciaban una necesidad por dicho procedimiento. Por ejemplo, era más probable que se practicara una amniocentesis a las mujeres jóvenes que a las mayores.

El estudio evidenció así mismo una resistencia a realizar cambios formales en el sistema examinado, ejemplificada por la falta de respuesta frente a tasas de natalidad en descenso, pero también por cierta capacidad informal de respuesta, ilustrada en la disponibilidad para utilizar recursos destinados al personal en otras prioridades identificadas. Algunas de las respuestas informales, como ésta, compensaban las debilidades de la política formal, mientras que otras podían exacerbarlas. Se sugirió que una política efectiva debía empezar por reconocer la capacidad del sistema para responder de manera informal.

Bangladesh y Uganda

En Bangladesh y Uganda, el análisis situacional arrojó dos temas claves: primero, se identificó como principal obstáculo para mejorar la sobrevivencia materna los bajos niveles de utilización de los servicios de maternidad disponibles; y segundo, se encontró como factor importante el impacto de las reformas más amplias del sector salud sobre los servicios de maternidad. Estos factores son las características dominantes en ambos análisis situacionales. Con el fin de profundizar estos aspectos, se realizó dos proyectos de investigación conjuntos sobre los factores vinculados a la utilización de servicios y el impacto de las reformas del sector sobre los trabajadores de salud. Por razones de espacio, sólo consignamos aquí el primero de ellos. El estudio sobre reforma de salud corrobora las conclusiones de los estudios realizados en Sudáfrica –las políticas orientadas a mejorar la eficiencia y equidad a menudo eran distor-

sionadas en su interpretación e implementación, generando consecuencias no previstas. Lo anterior subraya cómo la dinámica del sistema en su conjunto constituye el contexto en el que se generan las respuestas dinámicas a nivel micro, objeto de nuestro análisis.

Motivaciones y estrategias para el acceso a la atención obstétrica en Uganda y Bangladesh

El primer estudio, de tipo cualitativo, en lugar de explorar las razones por las cuales las mujeres no utilizaban los servicios de maternidad se centró en aquellas que sí daban a luz en un establecimiento, sus motivaciones y la forma en la que lograban, ellas y sus familias, vencer las barreras de acceso al parto institucional ampliamente documentadas en ambos países. El estudio fue realizado en un distrito rural en Bangladesh y otro en Uganda. En cada país se entrevistó a 30 mujeres que habían dado recientemente a luz en un establecimiento de salud.

En Uganda, 28 de las 30 mujeres entrevistadas habían planificado dar a luz en un establecimiento; la principal motivación mencionada fue el miedo a posibles complicaciones durante el embarazo o el parto. Una mujer dijo, por ejemplo: “*Es mejor dar a luz en el hospital porque puedes recibir atención profesional inmediatamente, especialmente si hay complicaciones.*”¹⁶

Se reportó que los esposos habían empezado a ahorrar desde el inicio del embarazo para pagar los costos de transporte; la atención en la maternidad era gratuita, y los costos informales eran relativamente pequeños. Las mujeres también señalaron que en su círculo social, la mayoría de mujeres pensaba que dar a luz en un establecimiento era lo correcto, lo que resultaba sorprendente en un ámbito donde los partos institucionales representaban sólo el 39% de todos los partos. Esto puede significar que existe un patrón grupal en el comportamiento de búsqueda de atención en salud, según el cual los grupos de mujeres que pertenecen a una misma red social pueden presentar índices de utilización de servicios mayores al promedio, sugiriendo un conjunto de respuestas dinámicas entre las usuarias de servicios al interior de una red. Una explicación alternativa es, sin embargo, que las respuestas hayan estado sesgadas, en la medida en que las mujeres pueden haber considerado que ésta era la respuesta “correcta” al ser preguntadas por las prácticas de sus amigas.

Bangladesh presentaba una situación diferente. Veintidós de las 30 mujeres intentaron primero dar a luz en su casa, por considerar que esto era lo adecuado, y sólo trataron de buscar ayuda en la clínica u hospital cuando se presentaron dificultades en el parto. De las mujeres

que planeaban dar a luz en el hospital, dos habían perdido a sus bebés en un parto domiciliario anterior y una había perdido a una hermana durante el parto. Así, incluso quienes dieron a luz en el hospital no pensaban que esta debía ser necesariamente la norma.

Mientras que en Uganda las mujeres reportaron que eran ellas y sus esposos quienes tomaban las decisiones, en Bangladesh el grupo de personas involucradas era mucho mayor, incluyendo miembros de la familia extensa y la comunidad, y una gama de agentes tradicionales de salud, tales como espiritualistas, herbolarios, parteras y “médicos comunitarios” locales no calificados. Otros miembros de la comunidad, incluyendo policías, profesores y practicantes de medicina no calificados tenían un rol importante en convencer a las mujeres y sus familias de la necesidad de un parto institucional.¹⁶

Aunque en Uganda las mujeres estaban, en general, satisfechas con la atención recibida, en Bangladesh muchas de ellas mostraron desconfianza respecto a la cesárea. Algunas afirmaron que ésta era realizada sin justificación médica, y sugirieron una motivación económica detrás de las recomendaciones de médicos y obstetras en este sentido.^{15,17,18}

En Uganda, la aplicación de las estrategias diseñadas para mejorar la sobrevivencia materna incluye un nuevo sistema subdistrital de salud, a fin de acercar la atención obstétrica de emergencia a los hogares, y en Bangladesh, la implementación de una red de atención primaria con equipamiento y personal para la atención obstétrica de emergencia. Los hallazgos sugieren que estas estrategias están mediadas por un conjunto complejo de respuestas dinámicas hacia los servicios disponibles, que operan en este caso entre pacientes y comunidades. Las estrategias basadas en la comprensión de este hecho tienen mayores probabilidades de éxito. Por ejemplo, se sugirió que en Bangladesh, la formulación de un conjunto flexible de criterios para indicar a las mujeres cuándo había necesidad de un parto institucional podría facilitar su acceso a la atención, dada la norma socialmente aceptada de dar a luz en casa.

Discusión y conclusiones

La prioridad de los países de bajos y medianos ingresos es formular mejores estrategias para lograr intervenciones efectivas. La evidencia sobre dicha efectividad no apoya esta prioridad. El modelo conceptual propuesto coloca el énfasis estratégico en la gestión de la intervención más que en la concepción o mejora de su contenido.

Los programas de intervención ponen en marcha una serie de respuestas dinámicas que interactúan en

una forma compleja.¹⁹ Esto implica que el efecto de un detalle aparentemente insignificante puede amplificarse mediante una serie de reacciones en cadena. Asimismo, el efecto de un componente aparentemente significativo de una reforma o política puede ser debilitado por este tipo de respuestas. Así, predecir el impacto de una intervención se convierte más en un arte que en una ciencia, basado en reconocer patrones de respuesta típicos y prepararse para su *posible* ocurrencia.

Esto significa que, para lograr que ocurra aquello que funciona, las estrategias evaluadas como efectivas en otros lugares son un punto de partida más que un punto de llegada. A menudo se señala que “el diablo está en los detalles”. Y los estudios sobre servicios de maternidad deben enfocarse en los detalles, con el fin de identificar los patrones existentes y adaptar las estrategias de manera que tomen en cuenta las respuestas observadas en otros estudios. La importancia crítica que tienen estos factores sobre los resultados no se refleja en las recomendaciones de los asesores técnicos, ni se le presta la atención debida en los reportes y publicaciones oficiales.

Por ejemplo, puede definirse un programa como “capacitación a parteras” o “extensión de la atención calificada de parto”, pero éste habrá incorporado un conjunto de componentes detallados—una estrategia de reclutamiento, una estrategia de consulta, un currículo de capacitación, un grupo de capacitadores y capacitados, un régimen de incentivos, un equipo gerencial y un sistema de información, entre otros—que deben ser analizados, definidos y monitoreados. No se puede copiar estos detalles de otros programas porque es imposible reproducir a los individuos involucrados, y porque el ámbito geográfico y la distribución de la población no son idénticos. Ello, debido a que el contexto importa. Las respuestas dinámicas que determinan el impacto final de un programa son configuradas por factores históricos, económicos, sociales y culturales que pueden ser extremadamente específicos según el momento y lugar. El pasado de segregación en Sudáfrica permite explicar muchos de los problemas de la profesión de enfermería.²⁰ El inestable pasado político en Uganda y las medidas tomadas para estabilizarlo son relevantes para comprender cómo operan los servicios de maternidad. La abundancia de médicos y su relativo bajo estatus, y las actitudes prevalentes hacia las personas de repúblicas que antes pertenecían a la Unión Soviética, ayudan a entender los logros y fracasos de la implementación en Rusia. Las normas religiosas y sociales relacionadas con el rol de las mujeres en Bangladesh afectan la implementación de manera crítica.

El modelo de respuestas dinámicas requiere una forma diferente de evaluar el impacto de las intervenciones en salud materna, explicando lo que funciona y lo que



STAFFAN BERGSTRÖM

Village midwives in Sierra Leone use this box to record births, putting a pebble through the relevant hole. Symbols on the lid from left to right are: live birth, cord wrapped around the baby, baby has died, baby is low birthweight, mother has complications and has been taken to hospital.

no. Los Programas y políticas orientados a mejorar la oferta de atención en salud materna son intervenciones sociales y no sólo técnicas. Por esta razón, en lugar de seguir aplicando métodos para evaluar la efectividad que provienen de las ciencias clínicas, es necesario desarrollar métodos de evaluación que permitan el aprendizaje y la emergencia de patrones, reconociendo a la vez el rol que tienen las respuestas reflexivas, complejas y dinámicas del personal de salud y la comunidad frente a las políticas y programas.

En la actualidad existe una amplia literatura basada en la comprensión de este hecho, que explora la forma de evaluar intervenciones sociales complejas, aunque ésta ha sido escasamente aplicada a los programas de sobrevivencia materna en los países de bajos y medianos ingresos. Por ejemplo, el Instituto Aspen en Washington DC ha desarrollado desde 1992, métodos para la intervención comunitaria y su evaluación. En sus publicaciones, enfatiza la necesidad de una “teoría del cambio” que guíe el diseño, la estrategia de implementación y la evaluación de las intervenciones. Esta teoría del cambio surge de la

consulta a grupos de interés y evaluadores para articular aquello que es percibido como elementos clave para el cambio al interior de un programa. Esta teoría se convierte en la hipótesis que debe ser puesta a prueba a partir de los datos recogidos por los evaluadores. La teoría requiere evidencia de cambio a nivel comunitario y sobre los elementos clave que lo han impulsado en otros contextos: “Una mejor base de conocimiento nos permitirá formular mejores teorías del cambio, las cuales mejorarán a su vez tanto el diseño de nuestras iniciativas como las oportunidades de aprendizaje sobre el cambio.”²¹

Pawson y Tilley²² han defendido un enfoque similar, denominado “evaluación realística”, centrado en las “configuraciones contexto-mecanismo-resultado”, esto es, que en contextos específicos, operan mecanismos de efecto para producir un resultado. Los programas funcionan introduciendo nuevas ideas y/o recursos dentro de un conjunto de relaciones sociales existente. Una tarea crucial de la evaluación debería ser incluir (a través de la formulación de hipótesis y el diseño de investigación) un estudio sobre la medida en que estas estructuras pre-

existentes favorecen u obstaculizan los mecanismos de cambio deseados. Esto permitiría a quienes formulan las políticas observar los patrones que se desarrollan en los distintos países, para aprender tanto de los errores y problemas experimentados, así como de los éxitos.

Los componentes probables de los programas efectivos pueden ser y han sido definidos mundialmente. Sin embargo, para lograr que ocurra aquello que funciona, son fundamentales los detalles, los mismos que deben ser definidos a nivel local en cada lugar y momento es-

pecífico (es decir, no de una sola vez sino sobre la base de una reevaluación constante). Esto implica:

- Que las agencias internacionales y los asesores técnicos den “consejos” con más cautela,
- Que es necesario capacitar a los gerentes de los programas locales con el fin de que puedan realizar permanentemente ajustes para mejorar los programas, y
- Que al evaluar los programas y lecciones aprendidas, se documente los detalles del proceso, y no sólo los resultados.

Improving Maternal Health: Getting What Works To Happen
Reproductive Health Matters 2007;15(30):28–37

Referencias

1. Campbell O, Graham W, on behalf of Lancet Maternal Survival Series steering group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet* 2006;368:1284–99.
2. Borghi J, Ensor T, Samanathan A, et al. Lancet Maternal Survival steering group. Mobilising financial resources for maternal health. *Lancet* 2006;368(9545):1457–65.
3. World Health Organization. The World Health Report 2005: Make Every Mother and Child Count. Geneva7 WHO, 2005.
4. UN Millennium Project. Who’s got the power? Transforming Health Systems for Women and Children. New York7 UN, 2005.
5. Ronsmans C, Graham W, on behalf of Lancet Maternal Survival Series steering group. Maternal mortality: who, when, where and why. *Lancet* 2006;368:1189–200.
6. Filippi V, Ronsmans C, Campbell O, et al. Maternal health in poor countries: the broader context and a call for action. *Lancet* 2006;368:1535–41.
7. Koblinsky M, Matthews Z, Hussein J, et al. Going to scale with professional skilled care. *Lancet* 2006;368:1377–86.
8. Blaauw D, Ambegaokar M, McPake B, et al. Neither angels nor robots: the ‘dynamic responses’ of health care workers and the unintended effects of health system functioning. *London7 Health System Development Programme*, 2006.
9. Balabanova D, Parkhurst J, McKee M, et al. Access to health care: taking into account health systems complexity. *London7 Health Systems Development Programme*, 2006.
10. Pattinson B, editor. Saving Mothers: Third Report on Confidential Enquiry into Maternal Deaths in South Africa 2002–2004. Pretoria7 Department of Health South Africa, 2006.
11. Penn-Kekana L. Ethnography of two labour wards. *London7 Health Systems Development Programme*, 2006.
12. Carr S, McLoughlin D, Hodgson M, et al. Effects of unreasonable pay discrepancies for under and overpayment on double demotivation. *Genetic, Social and General Psychology Monographs* 1996;122(4):475–94.
13. Penn-Kekana L, Blaauw D, Tint SK, et al. Nursing dynamics in the context of HIV/AIDS. *Johannesburg7 Frontiers Programme, Population Council*, 2004.
14. Dimitrova B, Balabanova D, Atun R, et al. Health service providers’ perceptions of barriers to tuberculosis care in Russia. *Health Policy and Planning* 2006;21(4):265–74.
15. Danishevski K, Balabanova D, McKee M, et al. Delivering babies in the time of transition in Tula, Russa. *Health Policy and Planning* 2006;21(3):195–205.
16. Parkhurst JR, Rahman SA, Ssengooba F. Overcoming access barriers for facility-based delivery in low-income settings: insights from Bangladesh and Uganda. *Journal of Health Population and Nutrition* 2006;24(4):438–45.
17. Ssengooba F, Rahman SA, Hongoro C, et al. Health sector reforms and human resources for health in Uganda and Bangladesh: mechanisms of effect. *Human Resources for Health* 2007;5:3.
18. Parkhurst J, Rahman SA. Life saving or money wasting? Perceptions of caesarean sections among users of services in rural Bangladesh. *Health Policy* 2007;80(3):392–401.
19. Lewin. Complexity: Life at the Edge of Chaos. 2001. *London7 Phoenix*, 2001.
20. Marks S. Divided Sisterhood. *Johannesburg7 Witwatersrand University Press*, 1994.
21. Auspos P, Kubisch AC. Building Knowledge about Community Change: Moving Beyond Evaluations. *Washington DC7 Aspen Institute*, 2004. At: <www.aspeninstitute.org/atf/cf/{DEB6F227-659B-4EC8-8F84-8DF23CA704F5}/BUILDINGKNOWLEDGE.pdf>. Accessed 16 August 2007.
22. Pawson R, Tilley N. Realistic Evaluation. *London7 Sage Publications*, 1997.