

Intervenciones para mejorar los servicios de salud materno-infantil y el estado nutricional de las madres y los niños: barreras y opciones

Aproximadamente 99% de las muertes maternas, neonatales e infantiles ocurren en países de ingresos medios y bajos (PIMB), sin embargo, la mayoría de las investigaciones publicadas se concentran en el 1% de esas muertes que ocurren en los países de ingresos altos. Por ello, aunque uno de los principales retos de las autoridades de salud de los países en desarrollo es llevar a cabo intervenciones de eficacia demostrada dirigidas especialmente a las poblaciones de menor acceso a los servicios de salud, esta tarea se hace difícil por la carencia de intervenciones validadas en ese contexto particular. Al aproximarse la fecha establecida para el cumplimiento de las Metas de Desarrollo del Milenio, la tarea de desarrollar políticas y programas que permitan alcanzarlas es, además de importante, urgente.

De los 68 países que en 2005 acumulaban en conjunto 97% de las muertes maternas e infantiles, solamente 16 se consideran actualmente en vías de alcanzar las Metas de Desarrollo del Milenio. De ellos, 7 ya se encontraban en esa categoría en 2005 cuando se lanzó la Iniciativa de Conteo Regresivo, 3 más entraron en 2008 (entre ellos China) y otros 6 se incluyeron este año en el proceso de análisis. Aunque no se dispone de la información completa, en la mayoría de esos países (56 de 68) la mortalidad materna se considera alta o muy alta.

Las intervenciones implementadas han tenido una cobertura muy heterogénea, tanto entre países como dentro de cada uno de ellos. Se comprobó que las intervenciones que pueden tener una programación preestablecida, como la vacunación o la atención prenatal, han tenido mayores coberturas que las intervenciones que se basaban en la funcionalidad de los sistemas de salud o en la disponibilidad de los servicios clínicos durante todo el día, como los cuidados de urgencias y la atención de recién nacidos y niños enfermos. Los mayores avances se observaron en los programas de vacunación, los que coincidentemente recibieron las mayores inversiones desde 2005.

Entre las intervenciones para reducir la mortalidad materna e infantil ocupan un lugar importante las dirigidas a mejorar el estado nutricional de las madres y los niños. Hay datos que demuestran el vínculo entre la desnutrición materna e infantil

con los trastornos del desarrollo cognitivo y reproductivo, así como con la disminución de la capacidad física y el aumento del riesgo de padecer algunas enfermedades crónicas en la adultez. En la actualidad no hay una aceptación unánime de la asociación entre la subnutrición y las deficiencias en micronutrientes, por una parte, y la malaria, la tuberculosis y las enfermedades diarreicas y respiratorias, por la otra.

Sin embargo, sí está aceptado que aproximadamente 60% de la mortalidad infantil está relacionada con la desnutrición como una de sus principales causas y una tercera parte de esas muertes podría evitarse mediante intervenciones dirigidas a mejorar el estado nutricional de las madres y los niños. No obstante, muchas de esas intervenciones no llegan a las poblaciones que más las necesitan y la inequidad en la distribución de las intervenciones clave —especialmente las multifacéticas, que combinan varias estrategias— constituye uno de los principales retos que deben resolver los sistemas de salud en el mundo, particularmente en los países en desarrollo. Para reducir la desnutrición, no es suficiente aumentar la disponibilidad de alimentos.

Por lo general, los PIMB tienen sistemas de salud con graves deficiencias organizativas, malas condiciones socioeconómicas y un contexto cultural muy complejo. Un elemento importante para optimizar las estrategias dirigidas a mejorar la calidad de los servicios de salud y el estado nutricional de las madres y los niños en los PIMB es adecuar esas intervenciones al contexto en el que se aplican, tomando en cuenta las barreras que pueden dificultar la aplicación de los programas de salud materno-infantil (SMI), tanto desde el punto de vista teórico como aplicado. Esas barreras se pueden clasificar en:

- Geográficas: prácticamente ningún país ha alcanzado la equidad social en salud debido a las inequidades regionales internas. Se deben destacar los problemas generados por las distancias, los accidentes geográficos y la deficiente transportación entre las poblaciones y los servicios de salud.
- Temporales: el tiempo de espera y los horarios de servicios pueden impedir el acceso pleno de parte de la población.
- Educativas: el bajo nivel educacional y la poca cultura sanitaria pueden impedir identificar la gravedad de la enfermedad, demorar las accio-

nes curativas necesarias y relegar la búsqueda de ayuda profesional.

- De género: las mujeres, como madres y encargadas de atender a sus familias, tienen una responsabilidad particularmente importante, pero con frecuencia tienen una posición subordinada en el hogar y la sociedad, que les dificulta acceder a las intervenciones y los servicios de salud.
- Étnicas: los grupos minoritarios de la población tienen dificultades para acceder a los servicios de salud. Algunas enfermedades, como la anemia drepanocítica, afectan a grupos raciales/étnicos específicos, lo que aumenta la demanda de atención médica con respecto a la población en general y agudiza la inequidad.
- Culturales: los problemas de comunicación e idioma pueden dificultar que los pacientes acudan a profesionales calificados para la atención de sus problemas de salud.
- Financieras: aunque la mayoría de los países cuentan con una amplia cobertura de seguro de salud, estos cubren cuando más 70–80% de los gastos de atención sanitaria. Se debe tener en cuenta que la eliminación de estas barreras financieras no garantiza el acceso universal a los servicios de prevención y promoción de la salud.
- De calidad: los objetivos del sistema de salud no se cumplen cuando los pacientes no reciben una atención adecuada o el paciente se niega a utilizar los servicios disponibles debido a su deficiente calidad.

Aún después de vencer todas estas barreras, es poco probable que en todos los países en desarrollo, muchos de ellos abrumados por una enorme carga de enfermedades, se pueda cambiar el enfoque de sus sistemas sanitarios para que reflejen los puntos de vista de los pacientes en lugar de la perspectiva de los proveedores de los servicios y se enfoquen en la medicina preventiva en lugar de la curativa. Para ello se necesita un viraje considerable, tanto en las políticas como en los programas de SMI de muchos países.

Estas barreras y limitaciones reducen considerablemente las posibilidades de incluir los servicios e iniciativas dirigidos a mejorar el estado nutricional de las madres y los niños dentro de las estructuras existentes.

En lugar de desarrollar nuevos programas independientes es preferible incorporarlos a los sistemas ya activos. En general, las autoridades sanitarias y nacionales de los PIMB deben dirigir su atención a reparar sus frágiles sistemas sanitarios en lugar de desviar los escasos recursos existentes hacia nuevos programas verticales. Aunque es posible que no haya suficiente información relacionada directamente con los PIMB —en particular en

sus áreas rurales más pobres— los programas deben implementarse bajo una estricta y permanente evaluación o como estudios piloto. Se necesitan más investigaciones validadas aplicables a las zonas marginadas.

Como ya se ha dicho, en los países en desarrollo, los encargados de elaborar las políticas encontrarán grandes dificultades si intentan mejorar la SMI mediante intervenciones de control administrativo y deben basarse en la experiencia acumulada de intervenciones exitosas.

Un análisis de 30 revisiones sistemáticas sobre intervenciones dirigidas a mejorar la SMI —directa o indirectamente— y que examinaban el efecto del control administrativo y otras intervenciones sobre la actividad de los profesionales de salud y los resultados de la atención sanitaria en los países en desarrollo, ofrece algunas conclusiones de interés.

Según esa revisión de revisiones, los talleres interactivos, los recordatorios y las intervenciones multifacéticas pueden contribuir a mejorar el trabajo de los profesionales de la salud, aunque con efectos moderados. Las visitas de control y ayuda educativa permitieron mejorar la calidad de la prescripción de medicamentos, pero tuvieron efectos variables en otros aspectos. Las intervenciones de auditoría y retroalimentación influyeron positivamente en la práctica profesional, pero en la mayoría de los casos el efecto fue pequeño o moderado. Las intervenciones basadas en los medios masivos de comunicación y en los pacientes pueden modificar positivamente la práctica profesional. Las intervenciones multifacéticas también pueden ser efectivas, pero no mucho más que las intervenciones individuales. Aunque muchas de estas estrategias son aplicables a la SMI en los PIMB, su aplicabilidad en áreas rurales puede ser limitada. Algunas de estas estrategias podrían exacerbar las inequidades, lo que debe tomarse en cuenta al diseñarlas e implementarlas. Por otra parte, algunas pueden resultar difíciles de escalar y sostener en los PIMB.

Con respecto a las intervenciones financieras, no se encontraron estudios exhaustivos. El empleo de incentivos y desincentivos financieros puede resultar difícil de aplicar eficaz y eficientemente. Las intervenciones organizativas podrían tener un efecto positivo debido a que muchos problemas tienen su origen en fallas organizativas o sistémicas, pero su alcance es limitado.

Las intervenciones regulatorias tampoco se han evaluado completamente, pero en muchos casos han resultado efectivas, aunque costosas.

No hay soluciones “mágicas” o sencillas que puedan garantizar la calidad de los servicios de salud o el mejoramiento del estado nutricional de las madres y los niños. Se deben escoger o diseñar intervenciones que se adecuen a las causas de las fa-

llas detectadas en la atención sanitaria y el estado nutricional de las madres y los niños. Las autoridades deben seleccionar las intervenciones más apropiadas para problemas específicos. Esto exige una estructura de control administrativo que establezca las prioridades, seleccione y diseñe las intervenciones, asigne la responsabilidad de las actividades previstas y realice las evaluaciones.

Es posible que inversiones adicionales en programas de nutrición dentro de los sistemas de salud permitan fortalecer la capacidad de la atención sanitaria. Por otra parte, incluso si las intervenciones de nutrición se articulan satisfactoriamente con los servicios existentes de SMI, queda la posibilidad de que las barreras generales que dificultan el acceso a los servicios de salud puedan obstaculizar también el acceso a los servicios nutricionales, ya sean preventivos o curativos.

Debido a los pocos estudios disponibles que abordan el tema de la SMI en los PIMB, los resultados y las revisiones sobre este tema debe interpre-

tarse con cautela. Se requiere de voluntad política y enfoques de salud integrales y consistentes para mejorar el estado nutricional de las madres y los niños y con ello dar un paso más hacia el cumplimiento de las Metas de Desarrollo del Milenio.

Basado en:

Althabe F, Bergel E, Cafferata ML, Gibbons L, Ciapponi A, Alemán A, et al. Strategies for improving the quality of health care in maternal and child health in low- and middle-income countries: an overview of systematic reviews. Paediatr Perinat Epidemiol. 2008;22(Suppl1):42-60.

Bhutta ZA, Shekar M, Ahmed T. Mainstreaming interventions in the health sector to address maternal and child undernutrition. Matern Child Nutr. 2008;4(s1):1-4.

Countdown to 2015 Core Group. Countdown to 2015 for maternal, newborn, and child survival: the 2008 report on tracking coverage of interventions. Lancet. 2008;371:1247-58.

Streatfield PK, Koehlmoos TP, Alam N, Mridha MK. Mainstreaming nutrition in maternal, newborn and child health: barriers to seeking services from existing maternal, newborn, child health programmes. Matern Child Nutr. 2008;4(s1):237-55.

