

**ESTRATEGIAS DE INTERCAMBIO DE CONOCIMIENTO ENTRE PROFESIONALES DE LA SALUD, PARTERAS Y TRABAJADORES COMUNITARIOS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD MATERNA A NIVEL NACIONAL E INTERNACIONAL. REVISION SISTEMATICA DE LA LITERATURA Y METAANÁLISIS.**

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN:**

Diana Catalina Díaz Barrero, Investigador principal.

Sandra Milena Montoya Sanabria, Coinvestigador.

Sergio Augusto Cáceres Maldonado, Coinvestigador.

Yesika Tatiana Hernández Sandoval, Coinvestigador.

Angelica María Zapata Matheus, Coinvestigador.

Dauris Lineth Mejía Pérez, Coinvestigador.

Amalia de la Torre, Coinvestigador.

Yuldor Caballero, Coinvestigador.

Juan José Yepes Núñez, Coinvestigador.

**TIPO DE TRABAJO:**

Reporte PRISMA de Revisión Sistemática de Literatura.

**ASESOR METODOLÓGICO:**

Juan José Yepes Núñez, M.D., M.Sc., Ph.D.

**ASESOR TEMÁTICO:**

Sandra Milena Montoya Sanabria, R.N., M.Sc., Ph.D. (c).

**Facultad de Medicina - Universidad de los Andes**

**2020**

ESTRATEGIAS DE INTERCAMBIO DE CONOCIMIENTO ENTRE PROFESIONALES DE LA SALUD, PARTERAS Y TRABAJADORES COMUNITARIOS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD MATERNA A NIVEL NACIONAL E INTERNACIONAL. REVISION SISTEMATICA DE LA LITERATURA Y METAANÁLISIS.

## RESUMEN

**Antecedentes:** Durante la gestación el binomio materno-fetal se expone a procesos de cambio y eventos de riesgo, que de no ser manejados adecuadamente pueden terminar en enfermedad y muerte. La atención materno-perinatal es un servicio que puede ser prestado tanto por profesionales de la salud como por personal tradicional. Algunos estudios plantean que las estrategias de intercambio de conocimiento pueden ser una herramienta útil en el mejoramiento de procesos de atención en salud. **Objetivo:** Identificar y resumir las estrategias de intercambio de conocimiento entre profesionales de la salud, parteras y trabajadores comunitarios para el mejoramiento de la salud materna. **Fuentes de datos:** bases de datos (Medline, CINAHL, Embase, PsycInfo, Lilacs, Wholis, Web of Science, ERIC, PASCASL IPA y/o Jstor via Ovid), organizaciones gubernamentales y no gubernamentales con búsqueda de literatura desde 1946 hasta el 24/10/2019. **Criterios de elegibilidad:** se seleccionaron estudios cuantitativos y cualitativos que reportaran estrategias de intercambio de conocimiento entre profesionales de la salud, parteras y trabajadores comunitarios para el mejoramiento de la salud materna. **Recolección de datos y análisis:** por pares y de manera independiente se evaluaron los artículos para su inclusión. Se extrajo la información de cada uno de los estudios y se evaluó la calidad (confianza o certeza) de la evidencia. **Resultados:** la revisión incluyó tres estudios cuantitativos y siete cualitativos donde se reportaron diez estrategias de intercambio de conocimiento. Los hallazgos sugieren un posible efecto en términos de reducción de la mortalidad materna en aquellas mujeres que estuvieron expuestas a la estrategia de intercambio de conocimiento en comparación con las que solo recibieron intervenciones de mejoras locativas de sus centros de salud o ninguna intervención (RR 0.50; 95%IC 0.31-0.81; calidad (confianza o certeza) de la evidencia baja). **Conclusiones:** las estrategias de intercambio de conocimiento enfocadas en el mejoramiento de la salud materna aumentan la autonomía de las comunidades a través de la participación en los procesos de identificación, intervención y evaluación de los problemas en salud materna que los afectan con una posible reducción en el indicador mortalidad materna. (DOI 10.17605/OSF.IO/8U532.). **Palabras clave:** Intercambio de conocimiento, profesionales de la salud, parteras, trabajadores comunitarios, salud materna, mortalidad materna.

## INTRODUCCIÓN

La salud materna es el conjunto de fenómenos inherentes a la salud de la mujer gestante antes, durante y 42 días después del parto <sup>(1)</sup>. En este periodo el binomio materno-fetal se expone a procesos de cambio y eventos de riesgo, que de no ser manejados adecuadamente pueden terminar en enfermedad y muerte. La morbilidad materna extrema (MME) y la mortalidad materna (MM) son estados estrechamente relacionados en los cuales en el primer caso la mujer está a punto de morir, pero logra sobrevivir, o en el segundo en donde finalmente muere por causas relacionadas o agravadas por el embarazo, parto o puerperio <sup>(2,3)</sup>. Un porcentaje significativo de estos procesos de morbimortalidad se presentan por causas obstétricas directas, es decir, complicaciones obstétricas prevenibles generadas de intervenciones, omisiones o tratamiento incorrecto <sup>(4)</sup>.

En la agenda 2030 de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) una de las metas planteadas es “reducir la razón de mortalidad materna (RMM) a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos”<sup>(5)</sup>. En el reporte 2020 de indicadores de los ODS, se dio a conocer que a nivel mundial la RMM disminuyó de 342 muertes a 211 muertes por cada 100.000 nacidos vivos entre el 2000 y el 2017<sup>(6)</sup>. En Colombia, según datos del DANE para ese mismo periodo, la RMM disminuyó de 104,9 muertes a 51 muertes por cada 100.000 nacidos vivos<sup>(7)</sup>.

Sin embargo, aunque el indicador global a nivel Colombia nos mostraría que se está cumpliendo la meta, la realidad es que este valor no refleja la situación de todas las regiones del país. Según datos preliminares del boletín epidemiológico más recientemente publicado la RMM por cada 100.000 nacidos vivos en Amazonas (RMM 295), Guainía (RMM 243), Chocó (RMM 235), Vaupés (RMM 188), La Guajira

(RMM 179), Vichada (RMM 152), Magdalena (RMM147), Putumayo (RMM 124), Caquetá (RMM 111,6), Buenaventura (RMM 94,7), Atlántico (RMM 89,4), Córdoba (RMM 84,4), Cauca (RMM 76,9), Casanare (RMM 75,4), Cundinamarca (RMM 74,9) y Sucre (RMM 74) se encuentra muy por encima de lo que la meta de los ODS propone <sup>(8)</sup> .

Estos datos, aunque son un aporte preliminar, nos indican que aún estamos lejos de cumplir la meta establecida para el 2030 a nivel mundial por los ODS (menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos) y a nivel nacional por el consejo nacional de política económica y social en su documento 3918 (32 por cada 100.000 nacidos vivos)<sup>(9)</sup>, por lo que identificar potenciales soluciones al problema de la salud materna se hace cada vez más urgente.

A en el 2019 la OMS reportó que aproximadamente 830 gestantes morían por día, la mayoría debido a causas relacionadas con el embarazo y el parto. El 99% de estas muertes ocurrieron en países en vía de desarrollo, en zonas rurales y en edad adolescente <sup>(10)</sup>. En Colombia la situación es similar ya que las muertes maternas se presentan en mayor número en poblaciones vulnerables y por causas obstétricas directas tales como hemorragias obstétricas, trastornos hipertensivos de la gestación, sepsis y eventos tromboembólicos pulmonares <sup>(7)</sup>. Dada la naturaleza prevenible de las causas obstétricas directas, la atención en salud materna toma un papel central en la prevención y disminución tanto de la MME como de la MM.

La atención en salud materna puede ser prestada tanto por personal profesional en salud, como por personal tradicional, incluyendo parteras y trabajadores comunitarios. En particular, en Colombia, el proyecto de ley 19 de 2009 reconoció y reguló la actividad de las parteras <sup>(11)</sup>. De igual manera, la OMS reconoce el trabajo

realizado por personal tradicional y resalta la importancia de invertir recursos económicos para su formación con el propósito de disminuir la morbilidad materna <sup>(12)</sup>. Es importante recalcar que estas estrategias de formación no se plantean como una conducta paternalista unidireccional de profesionales de la salud hacia el personal tradicional, sino como un proceso de intercambio de conocimiento que retroalimenta de igual manera a las dos partes <sup>(13)</sup>.

En la actualidad existe evidencia insuficiente sobre el efecto de estrategias de intercambio de conocimiento en mujeres gestantes sobre la morbilidad materna. Por tanto, el objetivo del presente documento fue identificar y resumir estas estrategias de intercambio de conocimiento entre profesionales de la salud, parteras y trabajadores comunitarios a nivel nacional e internacional a través de una revisión sistemática de la literatura (RSL).

## **MÉTODOS**

Esta RSL fue llevada a cabo conforme al manual de revisiones sistemáticas Cochrane para intervenciones versión 6.0 <sup>(14)</sup>. Este reporte sigue las normas de la estrategia PRISMA para reporte de RSL <sup>(15)</sup>. El protocolo de esta revisión puede ser consultado en Open Science Framework <https://osf.io/8u532/>.

### **Criterios de elegibilidad**

Estudios cuantitativos y cualitativos que incluyeran mujeres en embarazo, parto y posparto y que reportaran estrategias de intercambio de conocimiento entre profesionales de la salud, parteras y trabajadores comunitarios para el mejoramiento de la salud materna. Se incluyeron desenlaces reportados en RSL similares <sup>(16,17)</sup> tales como:

- Morbilidad materna extrema (MME).
- Mortalidad materna (MM).
- Alteraciones de la salud mental materna.
- Parto: vía de parto, ocurrencia de desgarro perineal, satisfacción de la mujer en su atención.
- Desenlaces postparto: promoción y adherencia a la lactancia materna.
- Desenlaces sociales y/o comunitarios.

Las definiciones de estos desenlaces pueden encontrarse en el **Anexo 1**.

Se excluyeron artículos que reportaran estrategias de transferencia de conocimiento.

### **Búsqueda de literatura**

Las búsquedas de la literatura se realizaron en las siguientes Bases de Datos Bibliográficas: Medline, CINAHL, Embase, PsycInfo, Lilacs, Wholis, Web of Science, ERIC, PASCAL IPA y/o Jstor via Ovid desde 1946 hasta el 24/10/2019. Para la búsqueda de literatura gris se consultaron portales informativos tanto gubernamentales (Ministerios de Salud de América Latina, Ministerios de Salud de África, Secretarías de Salud) como no gubernamentales ((Organizaciones No Gubernamentales), Agencia de Naciones Unidas, Open Grey, WONDER, PAHO IRIS y documentos emitidos por grupos y/o asociaciones de partería profesional). Se revisaron referencias de RSL identificadas en la estrategia de búsqueda o brindadas por coautores de la presente revisión. No se realizó restricción de la búsqueda por idioma o fecha de publicación. La estrategia de búsqueda empleada en Medline es presentada en el **Anexo 2**.

## **Selección de estudios**

El cribado por título-resumen y por texto completo fue llevado a cabo por pares. Los desacuerdos entre los revisores fueron discutidos entre ellos y en caso de desacuerdo se consultó con un tercer revisor. Se evaluó la concordancia entre revisores, mediante el cálculo del índice Kappa previo al cribado por texto completo <sup>(18)</sup>. Se usó el software Covidence para el proceso de cribado <sup>(19)</sup>.

## **Extracción de datos**

La extracción de datos se realizó por pares y de forma independiente. Se diseñaron dos formatos de extracción de datos, una para estudios cuantitativos y otra para estudios cualitativos, las cuales fueron piloteados previo a su uso.

## **Evaluación del riesgo de sesgo y de la calidad (confianza o certeza) de la evidencia**

Para la evaluación de riesgo de sesgo se usaron las herramientas Cochrane para estudios aleatorizados y no aleatorizados <sup>(20)</sup> y la herramienta CASP para estudios cualitativos <sup>(21)</sup>. Para la evaluación de la calidad (confianza o certeza) del cuerpo de la evidencia se usó las herramientas GRADE para estudios cuantitativos y cualitativos (CERQual) <sup>(22,23)</sup>.

## **Análisis de datos**

La medición del efecto de las estrategias de intercambio se realizó mediante el cálculo del riesgo relativo (RR), con sus intervalos de confianza (IC) del 95%. Los datos fueron combinados mediante un modelo de efectos aleatorios. Se evaluó la heterogeneidad a través del estadístico  $I^2$ . El software usado para estos procesos fue Review Manager 5.1 <sup>(24)</sup>.



Se planeó realizar un análisis de subgrupos considerando las siguientes variables modificadoras del efecto: morbilidad materna extrema, tipos de enfermedades de salud mental materna y vía del parto. Finalmente se realizó un análisis de sensibilidad, de acuerdo con el riesgo de sesgo (alto vs. bajo) y el modelo de metaanálisis (efectos aleatorios vs. efectos fijos).

## RESULTADOS

De las bases de datos consultadas se obtuvieron 17.106 artículos de las cuales 5.949 fueron identificados como duplicados y se removieron antes de iniciar el proceso de selección. Siete revisores (DD,SC,YH,DM,AT,YC,AZ), de manera independiente y en duplicado, cribaron por título y resumen 11156 artículos. Posteriormente 436 artículos fueron cribados por texto completo por seis revisores quienes trabajaron en duplicado y de manera independiente (DD,SC,YH,DM,AT,AZ). En total se identificaron diez <sup>(25-34)</sup> artículos que cumplieron con los criterios de inclusión, siete <sup>(25,29,30,31,32,33,34)</sup> artículos se identificaron a través de la implementación directa de la estrategia de búsqueda de literatura en bases de datos y tres <sup>(26,27,28)</sup> artículos adicionales se identificaron por búsqueda manual en las referencias de otras RSL que se revisaron durante el proceso de cribado por texto completo. La evaluación del nivel de concordancia entre revisores reportó un índice Kappa superior al 0.7. La **figura 1** presenta el proceso de selección de artículos a través de la revisión sistemática.

En los artículos encontrados se reportó la implementación de 10 estrategias de intercambio de conocimiento. Estas estrategias de intercambio de conocimiento fueron fundamentadas en métodos participativos, en los cuales se buscó identificar

los principales problemas en salud materna de la comunidad, plantear posibles soluciones, diseñar estrategias de implementación, ejecución y evaluación de los procesos. Dichas estrategias fueron realizadas a nivel comunitario, en poblaciones rurales y de bajo estatus socioeconómico. Además, se obtuvieron datos cuantitativos que permitieron calcular el efecto de tres de estas intervenciones sobre la mortalidad materna <sup>(25,26,27)</sup> y de una sobre desenlaces de tipo social <sup>(28)</sup>. La **tabla 1** presenta las características de los estudios incluidos.

### **Estrategias de intercambio de conocimiento identificadas**

---

#### **Movilización comunitaria<sup>(27)</sup>**

<b>Contexto</b>	<b>Estrategia</b>
<p>Se realizó en 3 distritos marginales en la región central de Malawi. En esta población se identificó que había un acceso limitado a servicios de salud, electricidad, servicios sanitarios y el porcentaje de analfabetismo de las mujeres era cercano al 73%.</p>	<p>Se consolidaron grupos participativos de mujeres en los que, a través de una metodología de ciclos de acción de 4 fases, se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificaron y priorizaron problemas de salud materno.</li> <li>• Planearon soluciones a nivel local y se tomaron decisiones para su ejecución.</li> <li>• Implementó el plan de acción.</li> <li>• Evaluaron las acciones tomadas.</li> </ul> <p>Se requirió la participación de un facilitador en cada encuentro.</p>

---

---

**Grupo de mujeres<sup>(26)</sup>****Contexto****Estrategia**

Se realizó en 43 aldeas del distrito de Makwanpur, Nepal. En esta población se identificó que el 94% de los partos en áreas rurales sucedían extra institucionalmente, que el número de personas por cama hospitalaria era de 7852 y que el 57% de las mujeres era analfabeta.

Se consolidaron grupos participativos de mujeres para trabajar en 2 fases. En la primera fase se realizaron 10 reuniones en las cuales, mediante una técnica de comunicación participativa, se identificaron y priorizaron los principales problemas maternos y se planearon en conjunto las soluciones para dar respuesta a estos problemas. En una segunda fase se implementaron y evaluaron las soluciones propuestas, sin embargo, los detalles no fueron descrita en el artículo. Se requirió la participación de un facilitador en cada encuentro

---

**Ciclos participativos de aprendizaje y acción: : este tipo de estrategia de intercambio de conocimiento se implementó en dos <sup>(25,33)</sup> de los artículos evaluados**

**Contexto****Estrategia**

En el primero artículo<sup>(23)</sup> el estudio se realizó en la India, para discutir problemas de salud materno a

---

---

en 5 distritos rurales de los estados de Jharkhand y Odisha, donde la mayoría de los residentes pertenecían a grupos indígenas, el 65% de las mujeres era analfabeta, la mortalidad materna y neonatal era un problema de salud pública y el acceso a servicios de salud era limitado. En la primera fase el facilitador ayudo a identificar y priorizar problemas de salud materna a través de tarjetas con imágenes y juegos. En la segunda fase los grupos escucharon historias representando las causas de los problemas que habían priorizado previamente y sus potenciales soluciones. En la tercera fase los grupos implementaron las soluciones seleccionadas y aprendieron de otras acciones para mejorar la salud materna. Finalmente, en la fase 4 los grupos evaluaron todo el proceso contra sus acciones.

### **Contexto**

### **Estrategia**

En el segundo artículo<sup>(31)</sup> el estudio se realizó en tres distritos limítrofes de India: Jharkhand (West Singhbhum y Saraikela Kharsawan) y Orissa (Keonjhar). Estos distritos se encontraban en áreas rurales, donde el

- Identificar y priorizar problemas.
  - Planear soluciones.
-

---

acceso a servicios de salud • Implementarlas y evaluar su impacto.

era limitado y el 80% de los El documento no provee más detalles sobre la  
partos se atendían extra ejecución de la estrategia.  
institucionalmente.

---

---

### **Paquete de intervenciones participativas<sup>(28)</sup>**

<b>Contexto</b>	<b>Estrategia</b>
-----------------	-------------------

Se realizó en el sub-distrito de Kalmakanda, Bangladesh, una población con recursos económicos escasos. Además, se identificó que el cubrimiento de los servicio de salud maternos era limitado y el porcentaje de habitantes sin educación era cercano al 60%.	Se ejecutaron procesos de intercambio de conocimiento entre expertos técnicos nacionales, proveedores de servicios de los centros de salud, trabajadores comunitarios y representantes de la comunidad con el fin de diseñar paquetes de intervenciones enfocadas en construir capacidades individuales y participación comunitaria en torno a la salud materno-perinatal. Esta estrategia se centró en generar contenido educativo asociado a 4 unidades de trabajo:
---	---

signos de alarma obstétricos, conocimiento sobre los derechos en salud materna, preparación para el nacimiento y sus complicaciones y utilización de los servicios de salud.

---

---

**Investigación acción participativa<sup>(29)</sup>:****Contexto****Estrategia**

Se realizó en una comunidad rural al sur de Nigeria donde el centro de salud se encontraba a las afueras de la población y funcionaba 8 horas a la semana, el servicio de maternidad no se encontraba disponible hace 15 años y la atención de las maternas se realizaba exclusivamente por personal tradicional.

En esta población la estrategia de intercambio de conocimiento se realizó en dos fases y a través de un grupo de investigación-acción participativa que incluía parteras, coordinadores de cuidado primario, oficiales médicos, trabajadores comunitarios, mujeres en edad reproductiva, mujeres post menopaúsicas, esposos, miembros de la iglesia y líderes comunitarios.

En la primera fase se:

En la primera fase se:

- Identificó la mortalidad materna como un problema de la comunidad
- Analizaron las actitudes de la comunidad frente a la MM.
- Estudiaron las prácticas en salud materna, los aspectos que podían contribuir a la MM y sobre como realiza la prevención de esta.

De la segunda fase sabemos que se centró en la planeación de la acciones sin embargo no se proveen los detalles.

---

---

**Programa de salud reproductiva y desarrollo de la mujer<sup>(30)</sup>:****Contexto****Estrategia**

Se realizó en la provincia de Yunnan en las montañas del suroeste de China en los condados de Chengjiang County y Luliang County. Allí se seleccionaron las dos ciudades más pobres donde más de un tercio de esta población pertenecía a minorías étnicas, el acceso a agua potable era precario y la

Se crearon grupos colaborativos con los líderes de agencias involucradas en salud, educación, ciencias sociales, planificación familiar, mitigación de la pobreza y la federación de mujeres. A nivel de cada ciudad, se hizo una evaluación de las necesidades en salud reproductiva, se analizaron los hallazgos, se diseñaron intervenciones multidimensionales basadas en la comunidad y se guio a las agencias locales en cómo dar apoyo a las iniciativas.

RMM para 1992 estaba cerca de 150 por cada 100.000 nacidos vivos.

---

---

**Participación comunitaria<sup>(31)</sup>:****Contexto****Estrategia**

Se realizó en un barrio clase media, con la mayor densidad de población de cualquier distrito en la ciudad de Estambul, Turquía y donde previamente se habían implementado otros proyectos en salud pública con el apoyo de la comunidad.

En esta población primero se realizó un análisis de la situación en la comunidad por parte de un consultor externo. Posterior a esto, se consolidó un equipo de trabajo en el que participaron el grupo investigador, una enfermera, un farmacéutico, un maestro jubilado, amas de casa y algunas mujeres embarazadas. El número de integrantes del equipo tuvo modificaciones a lo largo del estudio según disponibilidad de tiempo de los participantes.

El intercambio de conocimiento se generó a través de 8 pasos que consistieron en:

1. Revisión de los datos de mortalidad materna.
  2. Identificación de necesidades
  3. Definición de la audiencia objetivo para implementar las potenciales soluciones.
  4. Planteamiento de objetivos educativos.
  5. Desarrollo de mensajes y actividades.
-



- 
6. Construcción e implementación de soluciones.
  7. Evaluación.
  8. Redefinición del programa desarrollado.
- 

---

**Ciclos de investigación acción<sup>(32)</sup>:**

<b>Contexto</b>	<b>Estrategia</b>
-----------------	-------------------

Se realizó en 24 barrios marginales y vulnerables a las afueras de Mumbai. En esta población se consolidaron grupos de mujeres donde, guiadas por un facilitador o Sakhis, compartieron:

- Experiencias personales con respecto a salud materna.
  - Analizaron problemas y logros.
  - Aumentaron su conocimiento en salud materna a través de discusiones y priorización de problemas
  - Diseñaron e implementaron soluciones.
  - Evaluaron el éxito de sus acciones.
-

---

**Círculos de calidad<sup>(34)</sup>:**

<b>Contexto</b>	<b>Estrategia</b>
<p>Se realizó en el distrito de Kailahun en la provincia oriental de Sierra Leona donde el acceso a servicios de salud materna de calidad era limitado.</p>	<p>En esta población se realizó un intercambio de conocimiento entre oficiales en salud comunitaria, enfermeras registradas, ayudantes en salud materna, vacunadores y parteras. Durante la implementación de la estrategia se realizaron círculos de participación por niveles:</p> <p>Primer nivel: se realizaron círculos entre pares, uno a nivel de profesionales de la salud y otro a nivel de parteras. En estos círculos se desarrollaron estrategias organizacionales y de negociación para la resolución de problemas de salud del sistema local.</p> <p>Segundo nivel: se realizaron círculos de intercambio de aprendizaje cruzado, donde el círculo era conformado por representantes de los grupos de profesionales de la salud y parteras para compartir los principales problemas encontrados en el nivel 1.</p> <p>Tercer nivel: se crearon círculos donde participaron los entes reguladores distritales,</p>

---

---

representantes de los círculos del nivel 1 y representantes del equipo gerencial de salud del distrito. Este último nivel se enfocó en compartir los problemas principales encontrados y dar soluciones adicionales.

---

### **Hallazgos de estudios cuantitativos aleatorizados**

Dos de los estudios aleatorizados <sup>(25,26)</sup> aportaron de manera individual una reducción significativa de la RMM asociada a la intervención aplicada (RMM intervención: 222 por cada 100.000 nacidos vivos vs. RMM control: 348 por cada 100.000 nacidos vivos y RMM intervención: 69 por cada 100.000 nacidos vivos vs. RMM control: 341 por cada 100.000 nacidos vivos) <sup>(25,26)</sup>. Un estudio aleatorizado <sup>(27)</sup> reportó no haber encontrado una reducción significativa de la RMM asociada a la intervención.

Tres estudios aleatorizados presentaron información que permitió realizar un metaanálisis para el desenlace de MM <sup>(25,26,27)</sup>. Las estrategias de intercambio de conocimiento comparado con intervenciones de mejoras locativas de los centros de salud o ninguna intervención redujeron de manera significativa la MM en las comunidades en donde fueron implementadas (RR: 0.50; IC 95% 0.31-0.81, calidad (confianza o certeza) de la evidencia baja). La **tabla 2** presenta el forest plot correspondiente y la **tabla 3** reporta la evaluación de la calidad (confianza o certeza) de la evidencia.

Un estudio <sup>(28)</sup> reportó desenlaces sociales, la estrategia implementada encontró un aumento en el nivel de conocimiento en las gestantes y sus esposos sobre: signos de alarma del embarazo (intervención 83 % vs. 28% control), derechos en salud materna (intervención 98 % vs. 40% control), preparación para el parto y complicaciones (grupo intervención 78 % vs. 59% grupo control) y utilización de servicios de salud (control prenatal grupo intervención 87.1 % vs. 41.5% grupo control).

### **Hallazgos de estudios cualitativos**

Por su parte, los estudios cualitativos <sup>(28-34)</sup> se basaron en que la participación de los individuos afectados durante la identificación del problema en salud materna, el desarrollo de soluciones y la aplicación de intervenciones es fundamental para lograr una mejoraría de su situación <sup>(28-34)</sup>. Cinco de estos artículos <sup>(28,29,30,31,33)</sup> reportan como foco central de su investigación la implementación de estrategias de intercambio de conocimiento para el mejoramiento de la salud materna enfocadas en la participación de la comunidad. Dos estrategias de intercambio de conocimiento fueron obtenidas de artículos cualitativos <sup>(32,34)</sup> que, aunque su foco central de investigación no estuvo en el rendimiento de las estrategias, si dan a conocer su desarrollo e implementación, por lo cual se consideraron aptos para incluirse en la presente revisión.

Además de los hallazgos asociados al concepto de salud materna, algunos estudios cualitativos aportaron hallazgos en otras dimensiones. Li y colaboradores <sup>(30)</sup> plantearon que la estrategia de intercambio de conocimiento debe ser multidimensional y desarrollarse teniendo en cuenta la influencia del contexto

socioeconómico de las gestantes. En su estudio no solo plantearon soluciones al problema en salud, sino también en acceso a educación, a través de becas, acceso al trabajo e implementación de guarderías <sup>(30)</sup>. Turan y colaboradores <sup>(31)</sup> hicieron énfasis en la sostenibilidad de la estrategia de intercambio de conocimiento a lo largo del tiempo y que sea replicada de manera autónoma por la comunidad. En el desarrollo de su estudio generaron una maqueta inicial de intercambio de conocimiento, establecieron la creación de un equipo de diseño y al terminar el periodo de intervención uno de sus principales objetivos fue que este proceso perdurara en la comunidad, aún en ausencia del equipo investigador <sup>(31)</sup>. Por otro lado, Alcock y colaboradores <sup>(32)</sup> aportaron la importancia de las intervenciones en salud por pares, ya que estas, al ser gestionadas por individuos que comparten características y experiencias de vida, logran un aumento en la participación en actividades comunitarias y en el flujo de la comunicación. Higgins y colaboradores <sup>(34)</sup> resaltaron la importancia de una adecuada relación de trabajo entre el personal tradicional y los profesionales de la salud. De la sinergia y buen desarrollo de sus actividades dependerá tener mejores resultados en la atención en salud materna. Además, la percepción de la población en cuanto a los prestadores de salud también mejora <sup>(34)</sup>.

El efecto general de las intervenciones se observa hacia el favorecimiento de las estrategias de intercambio de conocimiento como una herramienta útil para el mejoramiento de la salud materna, el buen entendimiento entre los actores del proceso desde su visión particular del concepto de salud y el empoderamiento de las comunidades para continuar con dichos procesos.

Los desenlaces de alteraciones de la salud mental materna, vía de parto, ocurrencia de desgarro perineal, satisfacción de la mujer en su atención y promoción y adherencia a la lactancia materna no fueron evaluados en los artículos incluidos en esta RSL.

### **Análisis de subgrupos**

Se planeó realizar un análisis de subgrupo, sin embargo, los estudios no reportaron datos específicos sobre las variables modificadoras del efecto planteadas a priori en el protocolo de investigación.

### **Análisis de sensibilidad**

Se realizó un análisis de sensibilidad para MM combinando los datos mediante un modelo de efectos fijos y no se evidenció cambio con respecto al resultado aportado por el modelo de efectos aleatorios **Tabla 4**. Además de esto, se recalculó el tamaño del efecto removiendo cada estudio. Al remover Manandhar 2004 <sup>(26)</sup> el efecto estimado para MM fue ligeramente mayor (RR: 0.56; IC 95% 0.34-0.92). Al remover Colbourn 2013 <sup>(27)</sup> o Tripathy 2016 <sup>(25)</sup> el efecto estimado para MM fue menor del resultado original. Aunque la magnitud del efecto tuvo pequeñas variaciones, la dirección y significancia estadística se mantuvo.

### **Sesgo de publicación**

Estaba planeado realizar la evaluación de riesgo de publicación usando un funnel plot en caso de obtener 10 o más artículos para ser incluidos en el metaanálisis. Esto hubiera permitido realizar la evaluación visual de la asimetría y de haber sido sugestivo de asimetría, se hubieran realizado análisis exploratorios para investigar dicho suceso. Dado que solo se incluyeron 3 artículos aleatorizados en la construcción del metaanálisis esta evaluación no se realizó.

## DISCUSIÓN

En esta RSL encontramos la implementación de 10 de estrategias de intercambio de conocimiento para el mejoramiento de la salud materna, que tuvieron lugar en países del tercer mundo, en áreas rurales, con porcentajes altos de analfabetismo y pobreza, y acceso limitado a los servicios de salud materna. En dichos territorios un alto porcentaje de partos son atendidos extra institucionalmente y por personal tradicional que no posee el entrenamiento para el manejo oportuno de procesos desviados de la normalidad<sup>(25-34)</sup>.

El Instituto Nacional de Canadá plantea el intercambio de conocimiento como una herramienta que busca disminuir la brecha entre el conocimiento científico y los programas de mejora en desenlaces en salud de las comunidades a través de ciclos de acción <sup>(35)</sup>. Nosotros encontramos estrategias de intercambio de conocimiento entre profesionales de la salud y personal tradicional que se fundamentaron en procesos participativos e integrativos con el fin de mejorar la atención en salud materna <sup>(25-34)</sup>. El fortalecimiento intelectual y el empoderamiento de las comunidades estudiadas se evidenció durante la implementación de dichas estrategias lo cual permitió una reducción relativa del riesgo de MM en un 50% en comparación con maternas del grupo control. No se encontró evidencia relacionada con desenlaces en MME, salud mental materna, desenlaces intraparto y lactancia materna.

El análisis de la evidencia también reportó que la aplicación de estas estrategias disminuyó 2 mortalidades maternas por cada 1000 gestantes intervenidas. Potencialmente esta información podría plantear la duda si el beneficio justifica la inversión del capital multidimensional que se requiere, sin embargo; la muerte de un

gestante más allá de ser solo un hecho clínico es una pérdida social, una muestra de que el sistema y la sociedad que rodeaban dicha materna falló <sup>(36)</sup>. También cabe aclarar que el resultado estadístico de este estudio está limitado por la escasez de datos cuantitativos.

Algunas revisiones se han realizado en áreas similares de la salud. Sibley y colaboradores llevaron a cabo una RSL donde se estudió el efecto del entrenamiento de parteras sobre los comportamientos en salud y los desenlaces de la gestación <sup>(37)</sup>. A pesar de que esta revisión evaluó intervenciones de transferencia y no de intercambio, reportó evidencia emergente a favor de que un personal mejor capacitado en salud materna aporta a la disminución de complicaciones asociadas con la gestación y mejora los comportamientos en salud <sup>(37)</sup>. Esta información coincide con los hallazgos de nuestra RSL donde se evidencia un efecto positivo sobre mortalidad materna y el nivel de conocimiento de las gestantes sobre temas de salud materna. Aún más cercano al contexto de nuestra revisión, encontramos la RSL realizada por Lassi y colaboradores <sup>(38)</sup> donde se evaluaron paquetes de intervención basados en la comunidad para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna. Esta RSL además de tener similitudes metodológicas y temáticas con nuestra revisión, comparte como parte del cuerpo de su evidencia tres de los artículos <sup>(25,26,27)</sup>. En este trabajo investigativo se reportó un posible efecto en la reducción de la mortalidad materna y una reducción significativa en la morbilidad materna (25%) como consecuencia de la implementación de la intervención <sup>(38)</sup>. Este resultado en mortalidad materna es similar al reportado en nuestra revisión, al igual que nuestra presunción de un efecto global positivo sobre la salud materna.



Las principales limitaciones de este estudio se encuentran en el uso de manera indistinta de los términos de intercambio, transferencia y traducción del conocimiento lo cual supuso un reto en la realización de las búsquedas en bases de datos, la ausencia de información sobre la mayoría de los desenlaces clínicos que se plantearon a priori y en el número de artículos primarios de tipo cuantitativo que permitieron realizar el metaanálisis. Por otro lado, las principales fortalezas de este proceso investigativo se dan al por proveer una evidencia inicial sobre el efecto positivo del uso de las estrategias de intercambio de conocimiento para el mejoramiento de la salud materna y el empoderamiento de las comunidades.

## **CONCLUSIÓN**

Las estrategias de intercambio de conocimiento enfocadas en el mejoramiento de la salud materna aumentan la autonomía de las comunidades intervenidas a través de la participación en los procesos de identificación, intervención y evaluación de problemas en salud materna que los afectan <sup>(25-34)</sup>. No solo se busca proveer un servicio de salud a dichas comunidades sino ir más allá, empoderando los individuos y dándoles herramientas para la toma de decisiones y acciones de manera informada. No obstante, la evidencia es limitada al estimar el efecto de estas intervenciones sobre la MME, la salud mental materna, desenlaces intraparto y la lactancia materna.

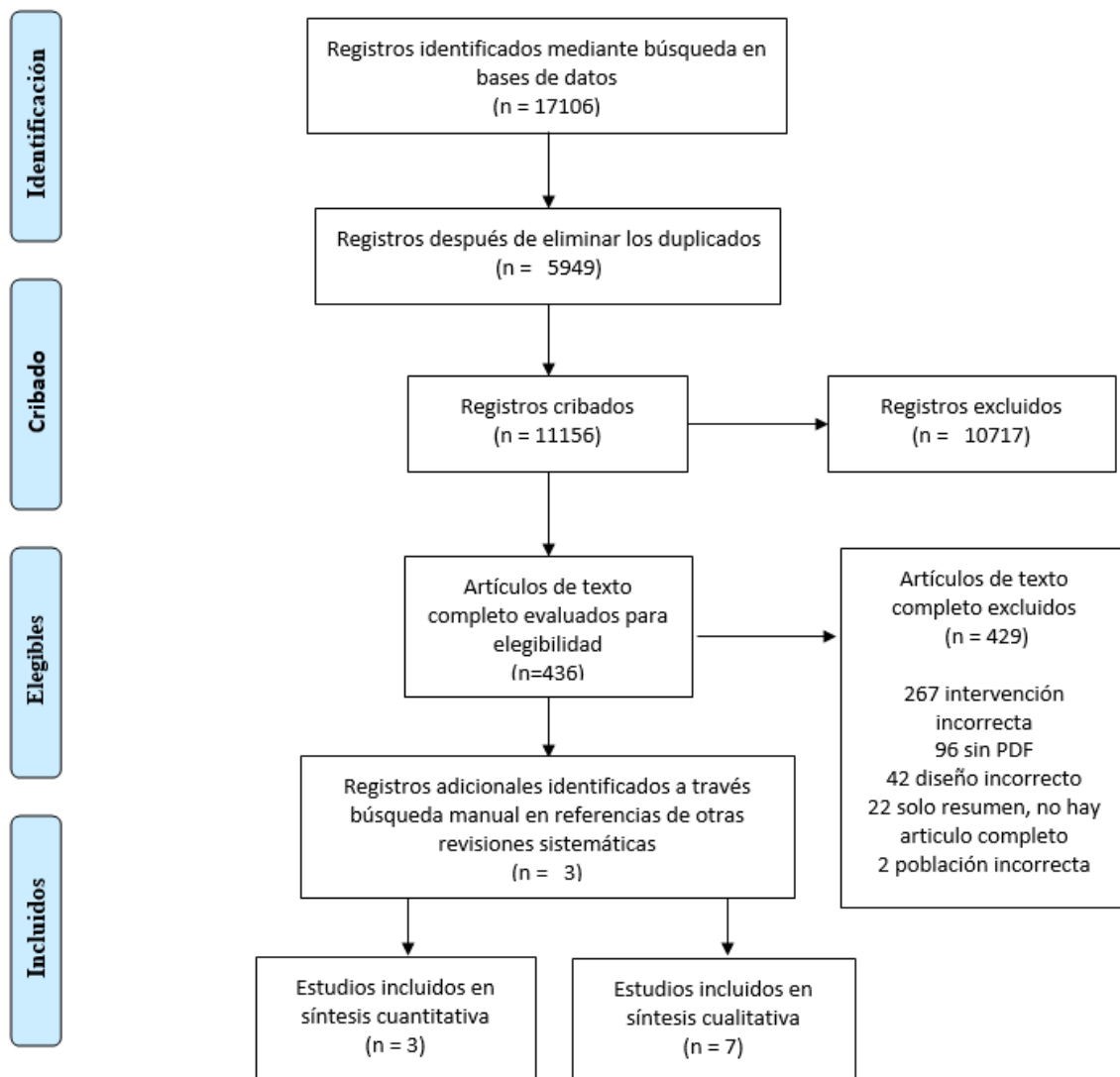
Con los datos encontrados en este estudio se pretende incentivar a la realización de futuras investigaciones en el país que evalúen el impacto de las diferentes estrategias de intercambio de conocimiento en otras comunidades, como por ejemplo comunidades rurales colombianas en donde la partería se encuentra

presente fuertemente y la MM y la MME constituyen un problema de salud pública (8,39,40).

**Financiación:** Este proceso de investigación se derivó del macroproyecto: “Intercambio y transferencia de conocimientos formales, tradicionales y comunitarios para el mejoramiento de la salud materna y neonatal con enfoque diferencial e intercultural” que se encuentra financiado por el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación – Colciencias, Convenio 714 de 2018.

## TABLAS Y FIGURAS

Figura 1. Proceso de cribado a través de la revisión sistemática de la literatura.



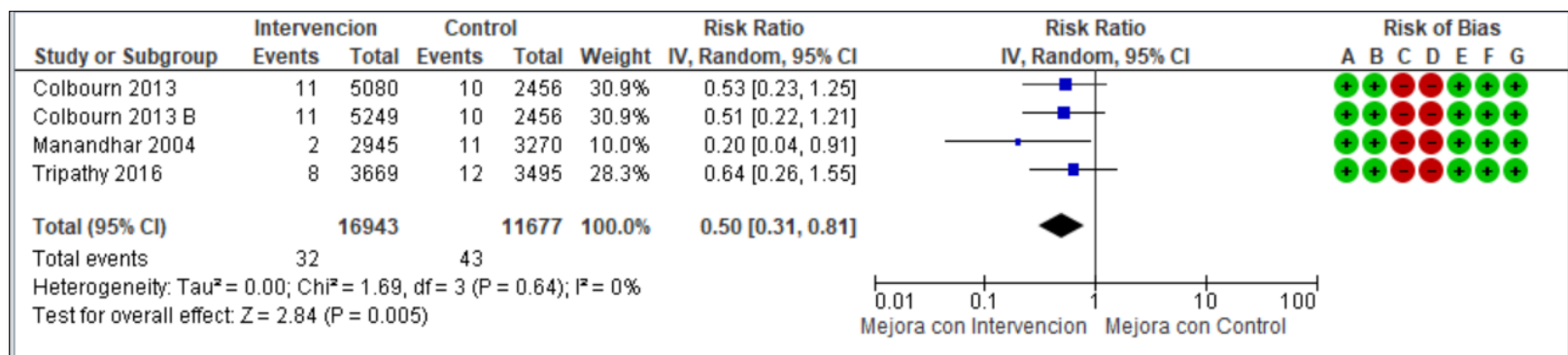
**Tabla 1.** Características de los estudios incluidos y las estrategias de intercambio de conocimiento.

Estudio	Tipo de estudio	Número de participantes y/o clústeres	Población	Intervención	Comparador	Tiempo de seguimiento	Desenlaces/hallazgos principales
<b>Estudios cuantitativos</b>							
<b>Colbourn 2013 (27)</b>	Ensayo clínico aleatorizado por conglomerado	62 clúster, aproximadamente 4000 personas por clúster	Participantes de 3 distritos de la región central de Malawi. Mujeres en estado de embarazo.	Mobilización comunitaria	No intervención	Tiempo de intervención: 27 meses.	Mortalidad materna, neonatal y perinatal.
<b>Manandhar 2004 (26)</b>	Ensayo clínico aleatorizado por conglomerado	24 clúster, aproximadamente 7000 personas por clúster.	Participantes del distrito de Makwanpur en la región central de Nepal. Mujeres casadas en edad reproductiva entre los 15 y 49 años.	Grupo de mujeres	Mejoras de los equipos en los centros de salud (incubadoras, unidades de fototerapia, equipos de reanimación neonatal)	Tiempo de intervención: 24 meses.	Mortalidad materna y neonatal
<b>Tripathy 2016 (25)</b>	Ensayo clínico aleatorizado por conglomerado	30 clúster, aproximadamente 5000 personas por clúster.	Participantes de 5 distritos rurales de Jharkhand y Odisha, dos grandes estados del este de la India. Mujeres en edad reproductiva (15-49 años) que dieran a luz entre el 1 de sep. de 2009 y el 31 de dic. de 2012.	Ciclos participativos de aprendizaje y acción	Fortalecimiento de la salud de la comunidad, sanidad y comités de nutrición.	Tiempo de intervención: 24 meses.	Mortalidad materna y neonatal
<b>Estudios cualitativos</b>							
<b>Rahman 2019 (28)</b>	Estudio cuasiexperimental	737 participantes.	Participantes del distrito de Netrokona en Bangladesh. Mujeres casadas, 15 y 49 años con antecedentes de parto en el período de 12 meses anterior a la fecha de la encuesta. Sus	Paquete de intervenciones participativas	No intervención	Tiempo de intervención: 24 meses.	Signos de alarma obstétricos, conocimiento sobre los derechos en salud materna, preparación para el nacimiento y sus complicaciones y Utilización de los servicios de salud.

			maridos también fueron incluidos como una población de estudio secundario.				
<b>Esienumoh 2018 (29)</b>	Investigación acción participativa (PAR)	1 grupo PAR de 12 personas representantes de todos los actores del proceso.  Posteriormente 29 mujeres, entre 26-35 años, contestaron las entrevistas.	Participantes de una comunidad rural en la parte sur de Nigeria de aproximadamente 8000 personas.	Investigación acción participativa	No hay comparador	Tiempo de intervención: 24 meses.	6 temas principales: Ignorancia, problemas de salud materna, factores socio culturales, practicas del parto, pobreza y factores físicos ambientales.
<b>Li 2001 (30)</b>	Estudio cualitativo, tipo Etnometodología	8500 mujeres contestaron la encuesta de evaluación inicial de las necesidades en salud reproductiva.	Participantes de la provincia de Yunnan, China. Se seleccionaron dos condados (Chengjiang County y Luliang County) y dentro de estos las dos ciudades más pobres.	Programa de salud reproductiva y desarrollo de la mujer	No hay comparador	Tiempo de intervención: 60 meses.	Se evidencian necesidades sobre: acceso a servicios públicos, infraestructura vial y transporte, sostenibilidad económica de servicios de salud local y educación.
<b>Turan 2003 (31)</b>	Estudio cualitativo	Se realizaron grupos focales y entrevistas 1:1 en la primera fase con la comunidad (no hay dato de # de participantes)  Posteriormente el proyecto continuó con un grupo núcleo de 8 personas.	Participantes del distrito de Fatih Estambul, en barrios de clase media baja.	Participación comunitaria	No hay comparador	Tiempo de intervención: 36 meses.	Ganancia en conocimiento y habilidades de la comunidad, participación de los grupos comunitarios en la toma de decisiones, continuidad de los grupos comunitarios, continuidad de los programas en salud por los grupos comunitarios, Inicio de actividades de apoyo y promoción.

<b>Alcock 2009 (32)</b>	Ciclo investigación acción.	180 participantes en grupos focales aproximadamente. Posteriormente 12 Sakhis (facilitadores femeninos) contestaron las entrevistas.	Participantes de 24 barrios marginales vulnerables, en seis municipios de Mumbai, India.	Ciclos de investigación acción	No hay comparador	Tiempo de intervención: No reportado. Inicia en 2006.	3 temas emergentes: Actividades de rutina, percepción del role ejercido por los Sakhi y credibilidad del role.
<b>Rath 2010 (33)</b>	Estudio cualitativo	18 clúster, 244 grupos de mujeres	Participantes de tres distritos limítrofes de Jharkhand (West Singhbhum y Saraikela Kharsawan) y Orissa (Keonjhar) en India.	Ciclos participativos de aprendizaje y acción	No hay comparador	Tiempo de intervención: 36 meses.	6 temas emergentes que influyen el impacto de la intervención: Aceptabilidad, abordaje participativo para el desarrollo de conocimiento habilidades y conciencia crítica, Inclusión de la comunidad, reclutamiento activo de mujeres recién embarazadas.
<b>Higgins-Steele 2015 (34)</b>	Estudio de métodos mixtos con predominio cualitativo.	297 participantes.	Participantes del distrito de Kailahun en la provincia oriental de Sierra Leona	Círculos de calidad	No hay comparador	Tiempo de intervención: 24 meses.	Habilidades organizaciones y auto reporte de la percepción de las relaciones

**Tabla 2.** Mortalidad materna. Intercambio de conocimiento vs Control. Modelo de efectos aleatorios



A: Generación de la Secuencia. B: Ocultamiento de la asignación. C: Cegamiento de los participantes y del personal. D: Cegamiento de los evaluadores del resultado. E: Datos de resultado Incompletos. F: Notificación selectiva de los resultados. G: Otras fuentes de sesgo.

**Tabla 3.** Resumen de la evaluación del cuerpo de la evidencia (GRADE).

No de estudios	Evaluación de certeza						No de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
	Diseño de estudios	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Estrategias de intercambio de conocimiento	No intervención	Relativo (95% IC)	Absoluto (95%IC)		
3	Ensayos aleatorios	serio <sup>a</sup>	no es serio	serio <sup>b</sup>	no es serio	Ninguno	32/16943 (0.2%)	43/11677 (0.4%)	RR 0.50 (0.31 a 0.81)	2 menos por 1000 (de 3 menos a 1 menos)		<b>CRÍTICO</b>

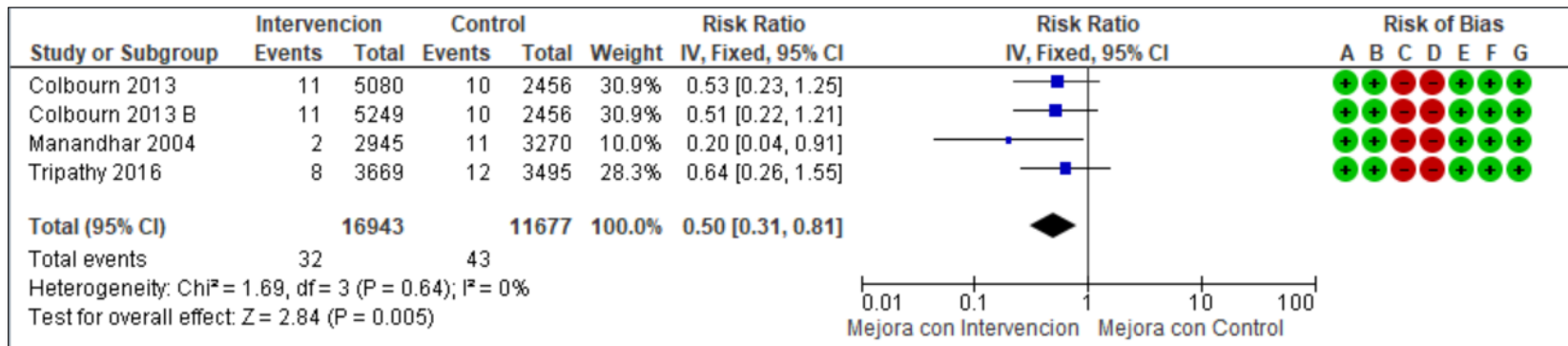
IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo

Explicaciones:

<sup>a</sup> Por la naturaleza de la intervención, el cegamiento de investigadores y participantes no se pudo dar.

<sup>b</sup> Uno de los estimadores se obtuvo agregando una cuarta cohorte derivada del artículo de Colbourn et al, que para el propósito de esta revisión se llamara Colbourn B. En este se combinó la intervención comunitaria con una mejora en la calidad de los centros de salud. |

**Tabla 4.** Mortalidad materna. Intercambio de conocimiento vs control. Modelo de efectos fijos.



A: Generación de la Secuencia. B: Ocultamiento de la asignación. C: Cegamiento de los participantes y del personal. D: Cegamiento de los evaluadores del resultado. E: Datos de resultado Incompletos. F: Notificación selectiva de los resultados. G: Otras fuentes de sesgo.



## REFERENCIAS

1. OMS/Malin Bring. (2019). Salud materna. 06-09-2020, de OMS Sitio web: [https://www.who.int/topics/maternal\\_health/es/](https://www.who.int/topics/maternal_health/es/)
2. OPS México. (2019). Salud Materna. 06-09-2020, de OPS Sitio web: [https://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_content&view=article&id=341:salud-materna&Itemid=387](https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=341:salud-materna&Itemid=387)
3. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extrema. Una nueva estrategia para la reducción de la mortalidad materna en América Latina. Fondo Población las Naciones Unidas (UN-FPA), 2013. Disponible en: [www.who.int/pmnch/events/2010/20100809\\_colombia.pdf](http://www.who.int/pmnch/events/2010/20100809_colombia.pdf).
4. Danuta Rajs (2016). Causas Obstétricas Directas de Mortalidad Materna. 16-09-2020, de PAHO Sitio web: <https://www.paho.org/relacsis/index.php/en/foros-relacsis/foro-becker-fci-oms/item/771-causas-obstetricas-directas-de-mortalidad-materna>)
5. Organización de las Naciones Unidas. (s. f.). Objetivo 3: Salud y bienestar | PNUD. UNDP. Recuperado 25 de noviembre de 2020, de <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being.html>
6. United Nations Statistics Division. (2020). — SDG Indicators. UNDP. <https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/goal-03/>.
7. Dirección de Epidemiología y Demografía & Ministerio de Salud y Protección Social. (2019, junio). Análisis De Situación De Salud (ASIS) Colombia (N.o 2018). Imprenta Nacional de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2018.pdf>
8. Instituto Nacional de Salud. (s. f.). Semana epidemiológica 47 15 al 21 de noviembre de 2020. Boletín epidemiológico semanal. Recuperado 25 de noviembre de 2020, de [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020\\_Boletin\\_epidemiologico\\_semana\\_47.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020_Boletin_epidemiologico_semana_47.pdf)
9. Departamento Nacional de Planeación. (2018, 15 marzo). ESTRATEGIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS) EN COLOMBIA. CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3918.pdf>
10. OMS. (2019). Mortalidad materna. 06-09-2020, de OMS Sitio web: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
11. vlex. (2009, 23 julio). Proyecto de ley 19 de 2009 senado. <https://vlex.com.co/vid/proyecto-ley->

[senado451467574#:~:text=PROYECTO%20DE%20LEY%2019%20DE%202009%20SENADO.,DECRETA%3A&text=Reconocer%20a%20las%20parteras%20como,labor%20a%20trav%C3%A9s%20de%20capacitaci%C3%B3n](https://www.senado.gub.uy/legislatura/legislacion/legislacion-actual/proyectos-de-ley/2019/2019-09-20-2009-20SENADO..DECRETA%3A&text=Reconocer%20a%20las%20parteras%20como,labor%20a%20trav%C3%A9s%20de%20capacitaci%C3%B3n)

12. Du Gas B. Parteras tradicionales. Ginebra: OMS; 1979
13. WHO, UNFPA, International Confederation of Midwives. (2014). Investment in midwifery can save millions of lives of women and newborns. 06-09-2020, de WHO Sitio web: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/investment-midwifery/en/>
14. Higgins, J. [Ed], & Green, S. [Ed]. (2011). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions [Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones, in Spanish]. The Cochrane Collaboration, (March), 1–639. Retrieved from [www.cochrane-handbook.org](http://www.cochrane-handbook.org)
15. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009) Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
16. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. (2016). Midwife-led continuity models of care compared with other models of care for women during pregnancy, birth, and early parenting
17. Austin MP, Priest SR, Sullivan EA. Antenatal psychosocial assessment for reducing perinatal mental health morbidity. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art. No.: CD005124. DOI: 10.1002/14651858.CD005124.pub2
18. López, A., Galparsoro, D. U., & Fernández, P. (2001). Medidas de concordancia: el índice de Kappa. Cad Aten Primaria, 2–6.
19. Covidence. (s. f.). Covidence lets you create and maintain Systematic Reviews online. Recuperado 31 de agosto de 2020, de [https://app.covidence.org/reviews/75091/review\\_studies/included?filter=ready\\_for\\_extraction](https://app.covidence.org/reviews/75091/review_studies/included?filter=ready_for_extraction)
20. Cochrane. (s. f.). Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos. Cochrane Training. Recuperado 30 de septiembre de 2020, de <https://training.cochrane.org/es/resource/evaluaci%C3%B3n-del-riesgo-de-sesgo-de-los-estudios-incluidos>
21. CASP. (2011). Qualitative appraisal checklist for qualitative research. <http://www.casp-uk.net/casp-tools-checklists/c18f8>: Critical Appraisal Skills Programme
22. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al. (2008). GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ. 336:924-926.
23. Lewin S, Glenton C, Munthe-Kaas H, Carlsen B, Colvin CJ, Gülmezoglu M, et al. (2015). Using Qualitative Evidence in Decision Making for Health and Social

- Interventions: An Approach to Assess Confidence in Findings from Qualitative Evidence Syntheses (GRADE-CERQual). *PLoS Med* 12(10): e1001895.
24. RevMan 2011 [Computer program] The Nordic Cochrane Centre, The Cochrane Collaboration. Review Manager (RevMan) [Review Manager (RevMan)]. Version 5.1. Copenhagen: The Nordic Cochrane Centre, The Cochrane Collaboration, 2011.
  25. Tripathy, P., Nair, N., Siha, R., et al. (2016). Effect of participatory women's groups facilitated by Accredited Social Health Activists on birth outcomes in rural eastern India: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet Glob Health*, 4: e119-e128.
  26. Manandhar, D., Osrin, D., Shrestha, B., Mesko, N., & team, M.O. (2004). Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*, 364, 970-979.
  27. Colbourn, T., Nambiar, B., Bondo, A., Makwenda, C., Tsetekani, E., Makonda-Ridley, A., Msukwa, M., Barker, P., Kotagal, U., Williams, C., Davies, R., Webb, D., Flatman, D., Lewycka, S., Rosato, M., Kachale, F., Mwansambo, C., & Costello, A. (2013). Effects of quality improvement in health facilities and community mobilization through women's groups on maternal, neonatal, and perinatal mortality in three districts of Malawi: MaiKhanda, a cluster randomized controlled effectiveness trial. *International health*, 5(3), 180–195. <https://doi.org/10.1093/inthealth/iht011>.
  28. Rahman, A. E., Perkins, J., Mazumder, T., Haider, M. R., Siddique, A. B., Capello, C., Santarelli, C., & El Arifeen, S. (2019). Capacities of women and men to improve maternal and newborn health: Effect of a community-based intervention package in rural Bangladesh. *Journal of global health*, 9(1), 010413. <https://doi.org/10.7189/jogh.09.010413>.
  29. Esienmoh, E.; Allotey, J.; Waterman, H. (2018). Empowering members of a rural southern community in Nigeria to plan to take action to prevent maternal mortality: A participatory action research project. *J. Clin. Nurs*, 27, E1600–E1611.
  30. Li, V. C., Shaoxian, W., Kunyi, W., Wentao, Z., Buchthal, O., Wong, G. C., & Burris, M. A. (2001). Capacity building to improve women's health in rural China. *Social science & medicine* (1982), 52(2), 279–292. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00132-5](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00132-5),
  31. Turan, J., Say, L., Güngör, A.K., Demarco, R., & Yazgan, S. (2003). Community participation for perinatal health in Istanbul. *Health promotion international*, 18 1, 25-32.
  32. Alcock, G. A., More, N. S., Patil, S., Porel, M., Vaidya, L., & Osrin, D. (2009). Community-based health programmes: role perceptions and experiences of female peer facilitators in Mumbai's urban slums. *Health education research*, 24(6), 957–966. <https://doi.org/10.1093/her/cyp038>.

33. Rath, S., Nair, N., Tripathy, P. K., Barnett, S., Rath, S., Mahapatra, R., Gope, R., Bajpai, A., Sinha, R., Costello, A., & Prost, A. (2010). Explaining the impact of a women's group led community mobilisation intervention on maternal and newborn health outcomes: the Ekjut trial process evaluation. *BMC international health and human rights*, 10, 25. <https://doi.org/10.1186/1472-698X-10-25>
34. Higgins-Steele, A., Waller, K., Fotso, J. C., & Vesel, L. (2015). Peer-driven quality improvement among health workers and traditional birth attendants in Sierra Leone: linkages between providers' organizational skills and relationships. *BMC health services research*, 15 Suppl 1(Suppl 1), S4. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-15-S1-S4>.
35. Canadian Institutes of Health Research. (s. f.). Knowledge translation. Recuperado 21 de octubre de 2020, de <https://cihr-irsc.gc.ca/e/29418.html>
36. Rodríguez Angulo, Elsa, Andueza Pech, Guadalupe, & Montero Cervantes, Landy. (2012). Un abordaje cualitativo de las defunciones maternas en Tizimín, Yucatán, México. *Alteridades*, 22(43), 145-158. Recuperado en 28 de mayo de 2020, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-70172012000100010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-70172012000100010&lng=es&tlng=es).
37. Sibley LM, Sipe TA, Barry D. Traditional birth attendant training for improving health behaviours and pregnancy outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 8. Art. No.: CD005460. DOI: 10.1002/14651858.CD005460.pub3.
38. Lassi ZS, Bhutta ZA. Community-based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 3. Art. No.: CD007754. DOI:10.1002/14651858.CD007754.pub3.
39. Laza Vásquez, Celmira. (2012). Una aproximación al estado de la partería tradicional en Colombia. *Index de Enfermería*, 21(1-2), 53-57. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000100012>
40. Revista de Actualización en Enfermería. (2015, 17 abril). La Partera Tradicional en Colombia: Una Realidad a Mil Voces. [encolombia.com. https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-111/arteycienciaentrelacriticaylaadmiracion2/](https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-111/arteycienciaentrelacriticaylaadmiracion2/)