Promoviendo la Salud Comunitaria en Uganda

Investigadores/as:

Martina Björkman Nyqvist

Jakob Svensson

David Yanagizawa-Drott

Sector(s): Salud

Fieldwork: Innovations for Poverty Action (IPA)

Ubicación: Uganda

Muestra: 6,000 hogares en 200 grupos

Grupo objetivo: Children under five Health care providers Mothers and pregnant women Rural population Urban population

Resultado de interés: Mortality

Tipo de intervención: Information Health care delivery Preventive health Community health workers Community monitoring Monetary incentives

Número de registro del AEA RCT Registry: AEARCTR-0000530

Datos: Download Dataset from the OpenICPSR

Research Papers: Reducing Child Mortality in the Last Mile: Experimental Evidence on Community H...

Socios Implementadores: Living Goods, BRAC, Children's Investment Fund Foundation (CIFF)

Problema de política pública

El conocimiento médico necesario para prevenir y tratar enfermedades mortales como la malaria, diarrea y la malnutrición ha estado disponible por muchos años, pero billones de dólares y medio siglo de esfuerzos no han sido suficientes para prevenir 10 millones de muertes anuales de niños con enfermedades prevenibles. Este hecho sugiere que las soluciones médicas no son el núcleo del problema, sino que la carencia de métodos eficientes, escalables y sostenibles para la entrega de estos servicios puede estar obstaculizando el cuidado médico preventivo. Los sistemas de asistencia médica en los países en vías de desarrollo sufren de numerosos problemas estructurales y de funcionamiento, pero hay muy poca evidencia sistemática acerca de cuán fácil es lograr un impacto sobre la calidad en la entrega de servicios médicos en países en desarrollo, o cómo estas mejoras impactaran la salud de la población.

Contexto de la evaluación

En Uganda, 31% de la población vive en condiciones de pobreza[1], y sólo 49% de los hogares tienen acceso a instalaciones formales de salud médica.[2] El acceso a cuidados médicos formales está severamente limitado por la falta de infraestructura, particularmente en las áreas rurales, donde vive la mayor parte de la población. En 1995, una evaluación acerca de la carga de enfermedades en Uganda señaló que el 75% de los años de vida perdidos por muerte prematura se debió a diez enfermedades evitables, entre ellas, condiciones perinatales y maternas (20%), malaria (15.4%) y diarrea (8.4%).[!3

Dos ONGs, Living Goods (LG) y Rural Advancement Committee (BRAC) están actualmente experimentando con un modelo innovador para resolver parte de los problemas de entrega de servicios de cuidado de salud en Uganda. El proyecto tiene como objetivo mejorar el acceso y adopción de intervenciones médicas simples en zonas rurales y semi-urbanas, y al mismo tiempo la creación de formas de vida sostenibles para los trabajadores del sector de la salud que trabajan para la comunidad.



Living Goods community health promoters deliver medicine and medical advice.

Photo credit: Living Goods (Lauren Brisbo)

Detalles de la intervención

El modelo crea una red de Promotores de Salud Comunitaria (Community Health Promoters o CHPs), que realizan promociones de puerta en puerta, y que proveen educación de salud básica y generan un ingreso modesto por la venta de una amplia gama de productos básicos para la salud. Esto incluía productos esenciales que enfatizaban la prevención como por ejemplo, mosquiteros, condones y filtros de agua. LG va más allá de los típicos productos ofrecidos a los trabajadores de la salud, al ofrecer también asus agentes un amplio surtido de artículos de consumo que incrementan las ventas y por ende fortalecen su propia sustentabilidad financiera, lo que les permite mantener su efectividad a largo plazo. La mayoría de los productos de salud se venden a precios considerablemente más bajos que los de mercado, e incluso a veces se les entregaba gratis cuando existía algún subsidio disponible. A través del establecimiento de una cadena de suministros, segura y eficiente, LG busca convertirse en el distribuidor de bienes gratuitos de preferencia para el sector público. Un CHP será asignado aleatoriamente a la mitad de los conglomerados de hogares participantes.

Los CHPs reciben tres semanas intensivas de capacitación en temas de salud más cursos mensuales de repaso y un

entrenamiento regular. LG provee a los CHPs con un kit gratuito que incluye uniformes, mochilas, arcas con cerrojos, letrerosy rotafolios para realizar foros de salud en las comunidades. LG y BRAC están estableciendo metas específicas respecto a los cambios de comportamiento relacionados a las enfermedades básicas, mencionadas anteriormente, trabajando con el aval del Ministerio de Salud. Su objetivo es: (i) reducir las tasas de mortalidad y morbilidad en al menos un 25%, especialmente para niños bajo 5 años de edad, y (ii) crear un programa sostenible que genere ganancias para los CHPs de 200 a 500 dólares por año. Estos resultados serán los principales focos de atención en la evaluación de impacto.

El proyecto también pretende evaluar cómo la introducción de un nuevo actor, afecta tanto a la entrega de servicios médicos primarios como el mercado no regulado de tiendas privadas (donde comúnmente se da la venta de productos falsificados y con altos márgenes de ganancias). En la medida de lo posible, la evaluación también examinará cómo la mejora en la salud (sí es que existe) afecta otros resultados socioeconómicos.

Resultados y lecciones de la política pública

The CHP program saved children's lives.[9] Child mortality dropped by 27 percent in CHP villages relative to the comparison group. Similarly, infant mortality fell by 33 percent and neonatal mortality decreased by 28 percent.

The CHP program improved health knowledge. In CHP villages, 41.4 percent of households knew that drinking untreated water transmits diarrhea compared to 37.3 percent in the comparison group (an 11 percent increase). Of households in CHP villages, 26.3 percent knew that zinc effectively treats diarrhea compared to 22.7 percent in comparison villages (a 16 percent increase). Additionally, 9.8 percent knew that mosquito bites are the only cause of malaria compared to 7.1 percent in the comparison group (a 38 percent increase).

Households in CHP villages increased self-reported health-promoting behaviors. Access to the CHP program impacted both preventive and curative health behaviors, which were supported by CHP's health product sales. Higher percentages of households in CHP villages reported that they treated water before using it (which helps prevent diarrhea), that their children slept under insecticide-treated bed nets the previous night (which helps prevent malaria), and that they treated their children's diarrhea with zinc or oral rehydration salts.

The CHP program increased households' access to services that CHPs were not paid to perform along with those that were incentivized. Relative to the comparison group, households in CHP villages were more likely to receive services that CHPs were incentivized to perform. For example, during the first week after giving birth, households in CHP villages were 8.1 percentage points (71 percent) more likely to receive a follow-up visit from any health care worker, an increase from 11.4 percent in the comparison group. Yet, households also experienced an increase in services that were not directly incentivized. For example, households in CHP villages were 6.1 percentage points (73 percent) more likely to receive follow-up home visits after a child fell sick with malaria, an increase from 8.4 percent in the comparison group.

Incentivized CHWs can drastically reduce child mortality. The CHP program studied here provides CHWs with incentives to increase access to low-cost, high-impact health products and basic newborn and child health services. Results show that it led households to increase health-promoting behaviors and usage of life-saving products. This study adds to the evidence on how incentives can drive social outcomes, building on research with public health workers in Zambia and community grants in Indonesia.

Providing incentives for some services does not necessarily decrease the provision of non-incentivized services. CHPs performed more incentivized responsibilities, like newborn visits, but also provided more non-incentivized services, like visiting sick children. While it is possible that CHPs provided these non-incentivized services to increase the demand for their products and therefore increase their own earnings, these results also suggest that the CHPs had non-financial reasons to serve the community and the incentives

did not detract from these social motivations.

However, the effectiveness of home-based interventions depends on the accessibility and quality of the existing health care infrastructure. The availability of referral services for serious health concerns was a critical programmatic component. Governments and NGOs should continue investing in facility-based health care and integrating CHW programs into existing strategies.

If incentives improve performance, then adding incentives to existing volunteer-based delivery systems can potentially improve the cost-effectiveness of life-saving programs. Researchers estimate that the average cost per year of life saved by CHPs was US$65 in 2013. Cost-effectiveness estimates for other volunteer-based health programs range from US$82 to US$3,396. Adding incentives to existing programs could potentially make them more cost-effective.

---

1. WHO. 2018. “Children: reducing mortality.” Last modified September 19, 2018. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/en/.

2. WHO and World Bank. 2017. “Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report.” http://pubdocs.worldbank.org/en/193371513169798347/2017-global-monitoring-report.pdf.

3. Witmer, Anne, Sarena D. Seifer, Leonard Finocchio, Jodi Leslie, and Edward H. O'Neil. 1995. “Community Health Workers: Integral Members of the Health Care Work Force.” American Journal of Public Health 85, no. 8 (August):1055–1058. https://www.ncbi.nlm. nih.gov/pmc/articles/PMC1615805/pdf/amjph00446-0017.pdf.

4. Lewin, Simon, Susan Munabi-Babigumira, Claire Glenton, Karen Daniels, Xavier Bosch-Capblanch, Brian E. van Wyk, Jan Odgaard-Jensen, Marit Johansen, Godwin N. Aja, Merrick Zwarenstein, and Inger B. Scheel. 2010. “Lay Health Workers in Primary and Community Health Care for Maternal and Child Health and the Management of Infectious Diseases.” Cochrane Database of Systematic Reviews no. 3 (March). https:// doi.org/10.1002/14651858.CD004015.pub3.

5. UNICEF. 2013. “Information by Country: Uganda.” Last updated December 31. https://www.unicef.org/uganda/.

6. UNICEF. 2012. “Under-five mortality.” Last updated March 2018. https://data.unicef. org/topic/child-survival/under-five-mortality.

7. Government of Uganda - UNICEF. 2015. “Country Program Action Plan 2016-2020.” Pg. 22. https://www.unicef.org/uganda/Final_Signed_UNICEF_ Uganda_2016_-_2020_CPAP.pdf.

8. Ministry of Health, Republic of Uganda. n.d. “VHT/Community Health Extension Workers.” Accessed June 5, 2018. http://health.go.ug/community-health-departments/ vht-community-health-extension-workers.

9. These figures reflect the estimated reduction in the risk of death in the CHP villages compared to the control group, based on rate ratios derived from a Poisson empirical model.