

PN. ACH-789
105109

**The MotherCare Guatemala Project
Overview of Key Strategies
and Lessons Learned**

Elena Hurtado

Guatemala, August 1999.

Proyecto de Salud
Materna Perinatal



John Snow, Inc.



BEST AVAILABLE COPY

A

The MotherCare/ Guatemala Project

Overview of IEC Strategies and Lessons Learned

Elena Hurtado

Background

Maternal mortality in Guatemala is the third highest in the Americas after Bolivia and Haiti. The maternal mortality ratio is estimated at 220/100,000 live births, the infant mortality rate is 51/1000 live births and the neonatal mortality rate 16/1000 live births. The reduction of maternal morbidity and mortality is a health priority for the Ministry of Public Health (MOH) in Guatemala.

The majority of women in the rural areas of Guatemala give birth at home with the help of a traditional birth attendant (TBA). According to the National Survey of Maternal and Child Health of 1995, 88 per cent of births to Mayan women occurred at home (65 per cent nationally). Moreover, a TBA attended 72 per cent of births to Mayan women.

For many women, inaccessibility of services is a major problem. Hospitals are few and located in departmental capitals far from poor and disadvantaged communities that need them the most. Mountainous terrain creates physical barriers, and the roads are in bad condition, especially during the rainy season. Many families have no access to transport, especially at night, either because it is lacking or because of its elevated cost.

Social and cultural barriers also prevent many women from utilizing health care services when they develop obstetric and perinatal complications. Hospital obstetrical services are not family-centered and institutional care is often delivered in a way that is culturally unacceptable to the Mayan population being served.

The principal mission of the MotherCare Project in Guatemala is to assist the MOH in Guatemala in decreasing maternal and perinatal morbidity and mortality in four Health Areas in the country. The major obstetric causes of maternal mortality -hemorrhage, abortion complications, infection, obstructed labor and eclampsia - require tertiary-level care in hospitals. Therefore, the Project goal is to increase the number of women with obstetric and perinatal complications who utilize medical services. This is to be achieved by making these services more accessible and acceptable to women and their families, by improving the quality of care provided, and by increasing awareness and knowledge of obstetric and perinatal complications among community members.



One of the objectives of the MotherCare Project was to develop an information, education and communication (IEC) behavior-based intervention¹. This required focusing on influencing specific behaviors that can lead to the reduction of maternal and perineonatal deaths. As in other areas of maternal and child health, key behaviors were identified by experts and were presented as the “steps or pathway toward maternal survival”. These behaviors included:

- a) Recognition on the part of the woman, TBA, relatives and health providers of a series of danger signs during pregnancy, delivery, the postpartum, and the neonate;
- b) Identification of the appropriate action such as referral to the appropriate health services;
- c) Compliance with treatment or referral, that is, deciding to go and actually going to the appropriate health services; and
- d) Receiving quality care from health providers in health services.

This document presents the process followed for the design, implementation and monitoring of the MotherCare Project IEC intervention in Guatemala. The process included seven steps:

1. Formative Research
2. Analysis
3. Strategic Design
4. Materials Draft, Pretest and Production
5. Implementation and Monitoring
6. Evaluation
7. Sustainability

Trials of improved behaviors which also constitute a step in this process were conducted in relation to iron supplementation during pregnancy, but will not be discussed here.

1. Formative research

Formative research, which is considered the first step in contemporary communication approaches, was guided by these key behaviors and by ideas about possible audiences, channels or agents of interventions. Thus, women, their relatives, TBAs and public health providers were key informants and group participants in the formative studies conducted.

Examples of findings of the formative research include:

- Recognition of “danger signs”. A few women recognized swelling of the face and hands and bleeding as complications during pregnancy. However, premature rupture of membranes or a previous Cesarean section was not recognized as danger signs. A few women recognized a delayed delivery, but did not always distinguish between mild and severe bleeding.
- Identification of appropriate action. Relatives and TBAs try different home remedies to treat complications before considering taking the woman to the hospital.

¹ The term Information, Education and Communication, or IEC, was adopted as a compromise to avoid the need for consensus on any one of the three terms, each of which has different connotations and academic origins.

- **Compliance with treatment or referral.** Relatives, particularly husbands, but also mothers-in-law, mothers and TBAs, influence decision making to seek care outside the home and the community. According to women, husbands make final decision to seek care outside the community.
- **Receiving quality care.** Perceptions of poor quality of health care are common and often negatively influence decisions to seek care outside the home. Once in the hospital women confront additional barriers such as communication in a different language and unacceptable institutional practices.

2. Analysis

In addition to the ethnographic/ descriptive analysis of the findings, being able to use them in the design of an IEC intervention required that we conducted other analysis such as: behavior analysis, audience or channel analysis, and organization analysis.

Behavior analysis was guided by two major criteria: a) feasibility of changing which implies feasibility of promoting the behavior and the audience adopting such behavior, and b) epidemiological impact or importance of the behavior. The intervention is ideally focused on those behaviors that, according to the analysis, have more potential for impact and seem more feasible to change in view of cost, congruency with existing beliefs, similarity with existing practices, degree of complexity, etc.

For instance, it is more feasible to promote that the pregnant woman who notices a “danger sign” tells her TBA about it than that the woman goes directly to the health service. Also, the husband supporting the woman to seek care from the TBA is a recommendation potentially more easily followed than the husband telling the woman to seek care from the health center. Thus, behavior analysis is important for the selection of behavior recommendations and the design of messages.

The **analysis of the audiences** led us to identify as the primary audience the pregnant woman and other women in their child-bearing years, because women have to be able to recognize danger signs and identify the appropriate action to take. It also led to the segmentation of the primary audience into women pregnant for the first time and those having been pregnant before, the former being younger and less knowledgeable. The secondary audiences are husbands, parents-in-law, TBAs and modern health providers that influence pregnant women. Finally, tertiary audiences are government and non-government organizations (NGOs), the Ministry of Health (central level) and other institutions that had to support the intervention.



The analysis of the audiences frequently implies an **analysis of the channels**, because secondary audiences usually act as channels for the IEC intervention. One criteria for analyzing channels is that of their reach. For example, prenatal care is a place where women can learn about the danger signs during pregnancy and delivery. However, in Guatemala less than half of pregnant women attend prenatal care in public or private health services and most do so for only one or two visits. Therefore, the project could not depend exclusively on formal prenatal care services to deliver the messages.

TBAs are the primary provider of prenatal, maternity and newborn care, covering 60-70 per cent of all births in the rural areas in Guatemala. As mentioned, 88 percent of births occur at home and 72 percent of births to Mayan women are attended by TBAs. Therefore, TBAs had to be trained in maternal and perinatal complications, in the delivery of messages to pregnant women and be effectively linked with the formal health care system for referral of complications.

3. Strategic Design

On the basis of formative research, in the MotherCare Project in Guatemala three IEC strategies were designed: an institutional strategy, an individual behaviors strategy and a community strategy.

a) The institutional strategy

Usually in these interventions, secondary audiences who act as channels have to be trained. Training is not usually seen as a task of an IEC strategy. Furthermore, in this intervention training of health care providers in the management of obstetric and perinatal complications had started before the integrated IEC intervention was designed. Therefore, the institutional IEC strategy strengthened training in good interpersonal communications within the multiethnic, multicultural and multilingual Guatemalan context. This entailed working with hospital personnel to try to identify and eliminate hospital barriers to referral by TBAs and utilization by women. One discussion focused on the barriers that families and TBAs face when seeking appropriate care for complications. These have to do with considerations that people make before, during, and after going to the hospital. Barriers within the hospital are fear of personnel, shame, language and communication, hospital practices, and procedures. The concept of a TBA-friendly hospital was promoted and defined. Also, incentives for bilingual personnel who can facilitate communication between the pregnant woman and the physician were devised.

The institutional IEC strategy also considered training health providers in health centers and posts in prenatal counseling. Both the content of counseling and counseling skills were included in



training. Finally, the institutional IEC strategy tried to maintain the different actors in the project informed about its progress.

b) The individual/ family behaviors strategy

This strategy dealt with the behaviors of the pregnant women and husbands, mothers-in-law and TBAs. Mainly, it depended on mass media through the radio. Radio spots produced presented the ideal behaviors of women (e.g. seeking prenatal care promptly), husbands (e.g. providing support for women), mothers-in-law (e.g. providing support) and TBAs (e.g. recognizing complications, referring women for prenatal care and for complications).

Training of the TBAs had started before the IEC strategy was designed; therefore, this strategy contributed to training by focusing on the TBAs messages to the pregnant woman while conducting traditional prenatal home visits, massage and sweat bath.

c) The community strategy

This strategy was designed to promote the establishment of community maternities, emergency committees for the transportation of obstetric and perinatal complications to the hospital, and working with organized women's groups. The latter took advantage of linkages established with non-government organization (NGOs) working in the Health Areas.

The three strategies were integrated, with one supporting the other.

4. Materials Draft, Pretest and Production

All support materials for the strategies and specific activities within them were drafted, pre-tested with audiences and produced.

a) Institutional strategy

- A "10 Golden Rules" poster for health services was produced as a reminder of ideal interpersonal communication skills.
- Discussion guides and exercises were developed for meetings between hospital personnel and TBAs.
- The concept of the TBA-friendly hospital with 10 steps agreed upon by hospital personnel and TBAs was drafted.



- “I Speak K’iche’ ”, “I Speak Mam” and “I Speak Kakchiquel” buttons were given to bilingual health personnel to wear and be identified by women as translators and culture brokers.
- A desk flip chart was produced to aid health providers in prenatal counseling.
- Bulletins to inform health providers about formative research findings, the IEC integrated strategies of the MotherCare/Guatemala Project, and advances in implementation and monitoring were quarterly produced and distributed.

Training materials such as a workshop on counseling skills and using the prenatal counseling material were also developed.

b) Individual behaviors strategy

- 15 Radio spots were developed in Spanish, Mam and K’iche’; pre-tested and aired in paid and voluntary radio stations and through alternative sound systems.
- A companion booklet on how to use the spots in the radio and through other means was designed and produced.
- A danger signs flip chart to be used in TBA training was improved through pre-testing.
- A companion-coloring book was designed to be used in TBAs training.

c) Community strategy

- A poster to promote community maternity services was developed.
- The danger signs flip-chart pages were used as puzzles with women groups for analysis of maternal mortality and its causes.
- The coloring book on danger signs was also used in women’s groups.
- Facilitators of women’s groups had to be very creative in developing their own materials to work with them. Materials included: pictures, puzzles, stories, foods, etc.
- A methodological guide to work with women’s groups was designed and produced.



Overview of IEC Integrated Strategies

Institutional	Individual behaviors	Community
<p>Audiences: Health providers (physicians, nurses, auxiliary nurses)</p> <p>Activities:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Training in interpersonal and interethnic relations • Training in prenatal counseling • Meetings between hospital personnel and TBAs • Concept of TBA-friendly hospital • Incentives to bilingual personnel <p>Materials:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 10 Golden Rules poster ◆ 10 steps for TBA-friendly hospital ◆ Barriers to health care utilization discussion guides ◆ Buttons for bilingual personnel ◆ Desk flip-chart for counseling ◆ Bulletin 	<p>Audiences: Pregnant women, reproductive-age women, husbands, mothers-in-law, TBAs</p> <p>Activities:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TBA training (messages to pregnant women) • Referral • Broadcasting of radio spots <p>Materials:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Radio spots and booklet. ◆ Danger signs flip chart ◆ Danger signs coloring book ◆ Referral coupons ◆ Promotional materials (calendar, cards, wallets) for women who attend prenatal care 	<p>Audiences: Committees, organized women groups</p> <p>Activities:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meetings with maternity committees • Participatory training sessions with women's groups <p>Materials</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Posters to promote community maternity ◆ Danger signs flip chart ◆ Danger signs coloring book ◆ Pictures, drawings ◆ Stories ◆ Other materials ◆ Manual for participatory sessions



5. Implementation and Monitoring

Formative assessment and analysis took five months (from July to November 1995), the design of the strategy took one month (in December 1995), and the drafting, pre-testing, and production of communication materials took 12 months (from January to December 1996). The IEC strategies were implemented for 18 months from January 1997 to June 1998. Monitoring of the IEC intervention took place together with implementation.

Monitoring focused on inputs (materials and human resources), processes (activities such as training) and outputs (the results of both inputs and processes, usually changes in knowledge and reported behavior). A few examples of the results of monitoring activities conducted by the MotherCare Project in Guatemala are provided below.

a) Inputs

Inputs refer to material and human resources. Tracking of broadcast of radio spots through radio listening is part of monitoring of inputs. It provides an indication of the potential exposure of women, men, TBAs and health providers to key messages regarding recommended behaviors. In June 1997 it was found that the two paid radios were airing radio spots 10 and 24 times, respectively, while non-paid radio stations were airing spots less frequently or none at all.

Broadcast of Radio Spots
(Monitoring through radio listening)

<i>Radio station monitored</i>	<i>Mean no. of times Aired daily</i>
• Radio Retama	10
• Radio La Voz de Nahualá	24
• Radio Momostenango	0
• Radio Tecún Umán	5
• Radio La Voz de la Buena Nueva	8



b) Processes

In two surveys, questions to check if women had listened to the messages in the radio were included. In June 1997, 29 percent of pregnant women attending prenatal health care who were administered an exit interview and said they listened to the radio had heard something in the radio about danger signs during pregnancy. In a community survey, at the beginning of 1998 more than half of the reproductive-age women interviewed who listened to paid radio station said they had listened to spots about danger signs during pregnancy.

Percentages of women who have listened to radio spots
By radio station listened to

<i>Has listened to:</i>	<i>Listen to Radio 'La Voz de Nahualá' (n=80)</i>	<i>Listen to Radio Retama (n=87)</i>	<i>Listen to Radio Momostenango (n=76)</i>	<i>Listen to other radio only (n=230)</i>
◆ Danger signs during pregnancy	82	80	64	43
◆ Anemia during pregnancy	59	41	51	23
◆ Family planning	31	56	38	45

The process of participation in women's groups' discussion was also monitored. Sixty-two women's groups participated in discussion and training sessions; the number of participants per group (a mean of 37 women in each group) was higher than that considered ideal (between 12 and 15).

Number of women's groups and participants
in four Municipalities

<i>Place</i>	<i>No. of Groups</i>	<i>No. of Participants</i>	<i>Mean number of participants</i>
Nahualá, Sololá	23	814	35
Momostenango, Totonicapán	18	740	41
San Carlos Sija, Quetzaltenango	4	92	23
Comitancillo, San Marcos	17	637	37
Total	62	2,283	37



c) **Outputs**

Outputs are the results of inputs and processes. Monitoring activities of the IEC intervention can provide some indication that changes in knowledge and behaviors are indeed occurring. Behavior change itself is hard to measure. Observation is the golden standard with which to assess behavior, but behavior is often difficult to observe because it may occur infrequently, far away, at night, in the privacy of the home and interacting with people.

Therefore, indirect means of assessing behavior were used:

- observing traces of behavior (like those left in materials that are being used)
- registering results of behavior (the hospital monitoring or referral coupons collected)
- reported behavior (in survey interviews)
- reported intention to behave in a certain way (in survey interviews)
- knowledge of correct behavior (knowledge of danger signs and that complications should be referred)
- anecdotal evidence

For instance, in a survey of 106 TBAs, 78 percent or more of those trained in complications said they would refer complications such as hemorrhage, delayed delivery, mal presentation and retained placenta. These percentages were considerably higher than those of TBAs that had not been trained in complications were. According to behavior change models, intention to refer is taken as an antecedent to action.

TBAs who said they would refer each complication
(Percentage of respondents; survey interview)

<i>Danger Sign During delivery</i>	<i>TBAs not trained in complications</i>	<i>TBAs trained in complications</i>
Hemorrhage	10	78
Delayed delivery	70	91
Mal presentation	40	91
Retained Placenta	n.i.	78
Twins	15	48



Tracking print and other materials through observations are also examples of examining traces of behavior. During training TBAs were provided with a *tzute* or traditional cloth and materials to promote clean delivery and other recommended behaviors. Behavior change models also say that availability or closeness of materials necessary to perform a behavior makes the behavior more likely to occur.

In the survey of 106 TBAs six months after training, we asked TBAs if they had their *tzute* or traditional cloth with materials such as soap, scissors, “cinta de castilla”, and “perilla”. 89 percent of them said they did, but of those only 91 percent (81 percent of total) could show the *tzute* to the interviewer. 76 percent (61 percent of total) of the ones observed had soap, and except in one, the soap appeared used. All TBAs said they used the soap to wash hands before delivery which is important for a clean delivery which, in turn, is important to prevent postnatal and neonatal complications.

Presence of materials distributed during TBA training
(Number and percentage of respondents; survey observation and interview)

<i>TBA materials</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>% of Total</i>
TBA said has a <i>tzute</i>	94	89	89
TBA showed <i>tzute</i>	86	91	81
Soap in <i>tzute</i>	65	76	61
Soap looked used	64	98	60
TBA said soap used to wash hands	65	100	61

Health workers' communication skills and content can be observed or reported to monitor quality of care in health services. The MotherCare Project has done both. In the exit interviews conducted with around 600 pregnant women, for instance, most of them said personnel had greeted them, addressed them by their name, listened attentively to them. Only half said they were asked if they had any questions and 19 percent said that they had a question or doubt. 87 percent understood the recommendation they were given. However, regarding the messages of interest only 12 percent reported that they were told about danger signs during pregnancy and only 21 percent said they received information about anemia during pregnancy.



Reported health personnel communication
(Percentage of respondents; exit interview)

<i>Interpersonal Communication</i>	<i>%</i>
Greeted her	98
Addressed her by her name	91
Listened to her attentively	99
Asked her if she had any questions	52
Has questions/ doubts	19
Understood recommendation/ treatment	87
Was told about danger signs during pregnancy	12
Was told about anemia during pregnancy	21

6. Evaluation

The evaluation of impact would require measuring maternal mortality and showing that it has decreased. However, maternal mortality is notoriously difficult to measure accurately. In Guatemala, the computerized hospital-based monitoring system will provide a measure on the success of the MotherCare Project, focusing on the increase in the number of complications that reach the hospital and the proportion of complications in all births attended. Presumably, this would indicate that more women and TBAs are recognizing complications or danger signs, that TBAs and others are referring women with complications to the hospital, that women and their families are deciding to use the hospital, and that those decisions are being acted upon. Also, one would hope that women and infants with complications who reach the hospital are dying less, which would indicate timely referral and better quality of care in the hospitals. Monitoring will help to explain the findings of the information system of complications treated at the hospital level.

7. Sustainability

Guatemala has an institutional capacity to provide maternity care for approximately 20 percent of the reproductive-age women. At present, the MOH cannot extend its hospital services to attend all births occurring in the country. Therefore, the approach to encourage and prioritize women with obstetric and perinatal complications to make use of hospital services is most appropriate. Furthermore, the IEC strategies to sensitize formal health providers regarding socio-cultural barriers to service utilization and to inform TBAs, women and their families about the "danger signs" that require seeking medical services are essential to implement the approach. The fact that the MotherCare Project has worked closely with the MOH and that formal health providers and TBAs have been involved as main actors and channels of communication in the IEC intervention will contribute to its sustainability. Also, since the MOH is presently trying to decentralize and increase coverage of primary health services by including NGOs in the provision of them, sharing the IEC intervention methodology and materials with the NGOs is another step towards sustainability.



Lessons learned

The following are lessons learned in the process of design, implementation, monitoring and evaluation of the MotherCare behavior-based IEC intervention:

1. It is worth while to start with the end in mind (i.e. decreasing maternal mortality rates) and focus on the key behaviors that need to happen in order to achieve our goals and objectives.
2. The process of doing formative research and designing a behavior-based intervention is a very interactive one. The places where the intervention will take place determine the places of formative study, the potential participants in the intervention determine who are key informants and other respondents in the study, technically recommended or ideal behaviors guide data collection instruments, who will actually perform the improved behaviors orients the behavior trials, and who will listen to, see, or use the communication materials determines the participants in materials pre-testing.
3. Behavior analysis is a powerful tool, which uncovers factors such as geographic access, economic constraints, institutional barriers, and social and cultural factors that influence behaviors.
4. The IEC strategy has to do both: promote improved behaviors, and try to modify the factors that influence them.
5. The analysis of the key behaviors and of the factors influencing behaviors has to be replicated many times during implementation with different audiences and in different ways.
6. The process outlined is a good way to order and plan behavior-based interventions. IEC is an intervention itself, but is also part of other interventions in a project.
7. Monitoring presents a big challenge to a project, as frequently motivators of the intervention also have to monitor its progress. Monitoring requires extra time and effort and health providers do not always think of it as useful, but as additional work. Therefore, sustaining monitoring activities is difficult.
8. The duration of intervention projects is never long enough to attain and measure sustained behavior change.



MotherCare Project in Guatemala

Elena Hurtado

IEC Advisor MotherCare/Guatemala

IEC Community Facilitators:

Agapita Carmen Castro

Olga Juárez

Demetrio Margos

Aura Pérez

Ermelinda Pérez

Enriqueta Salanic

Floralma Batz

Project Coordinator:

Dr. Elizabeth Bocaletti

Area Coordinators:

Dr. Gustavo Barrios

Dr. Erica Jacobs

Dr. Yadira Villaseñor de Cross

Training:

Alicia Ruano

Radio:

Claudia Flores

Patricia De León

Administrative and Secretarial Support:

Julio Bolaños

Miriam Alonzo

Evelyn Rosales

Technical Assistance:

Reynaldo Pareja, MotherCare/ Washington

BEST AVAILABLE COPY

**Proyecto MotherCare en Guatemala
Revisión General de las Estrategias IEC utilizadas
y las lecciones aprendidas**

Elena Hurtado

Guatemala, agosto 1999

**Proyecto de Salud
Materna Perinatal**



BEST AVAILABLE COPY



PROYECTO MOTHERCARE EN GUATEMALA

Revisión General de las Estrategias IEC utilizadas y las Lecciones Aprendidas

Elena Hurtado

Antecedentes

La mortalidad materna en Guatemala es muy alta y ocupa el tercer lugar en América, después de Bolivia y Haití. Se estima que la tasa de mortalidad materna es de 220 por 100,000 nacidos vivos; la tasa de mortalidad infantil de 51 por 1,000 nacidos vivos; y la tasa de mortalidad neonatal de 16 por 1,000 nacidos vivos. Por lo tanto, la reducción de la morbilidad y mortalidad materna es una prioridad para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (MSPAS).

La mayoría de mujeres en las áreas rurales de Guatemala dan a luz en su hogar, con la ayuda de una comadrona tradicional. De acuerdo al Censo Nacional de Salud Materno-Infantil de 1995, el 88% de los nacimientos ocurridos a las mujeres Mayas sucedieron en su hogar (65% a nivel nacional). Además una comadrona tradicional atendió al 72% de los nacimientos ocurridos a las mujeres Mayas.

La falta de acceso a los servicios de salud es un problema serio para muchas mujeres. Existen pocos hospitales que están localizados en las cabeceras departamentales, lejos de las comunidades pobres que más necesitan sus servicios. Los terrenos montañosos y los caminos en malas condiciones, especialmente durante el invierno, constituyen barreras físicas. Muchas familias no tienen acceso al transporte, especialmente por la noche, ya sea porque no existe o por su costo elevado.

También existen barreras sociales y culturales que impiden que muchas mujeres utilicen los servicios de salud cuando presentan complicaciones obstétricas y perinatales. Los servicios de obstetricia en los hospitales no están orientados a la familia y, frecuentemente, la atención institucional que se presta a la población Maya resulta inaceptable desde su punto de vista cultural.

La misión principal del Proyecto MotherCare en Guatemala es colaborar con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en cuatro Areas de Salud del país. Las principales causas obstétricas para la mortalidad materna -hemorragia, complicaciones en los abortos, infección, obstrucción de trabajo de parto y eclampsia- requieren un nivel terciario de atención en los hospitales. Por lo tanto, la meta del proyecto es aumentar el número de mujeres que utilizan los servicios médicos por complicaciones obstétricas y perinatales. Esto se logrará haciendo que estos servicios sean más accesibles y aceptables para las mujeres y sus familias, mediante el mejoramiento de la calidad de atención proporcionada y el aumento del reconocimiento de las complicaciones obstétricas y perinatales entre los miembros de la comunidad.



Uno de los objetivos del Proyecto MotherCare fue desarrollar una intervención de información, educación y comunicación (IEC)¹, basada en los comportamientos que las mujeres y sus familias deben llevar a cabo. Esta intervención requería de un enfoque para influenciar comportamientos específicos que puedan llevar a la reducción de las muertes maternas y peri-neonatales. Como en otras áreas de salud materno-infantil, los comportamientos clave fueron identificados por expertos y presentados como los «pasos o ruta hacia la sobrevivencia materna». Estos comportamientos incluyeron:

- a) Reconocimiento por parte de la mujer, comadrona, parientes y proveedores de salud, de una serie de señales de peligro durante el embarazo, parto, post parto y en el neonato.
- b) Identificación de las acciones apropiadas, tales como referencia a los servicios de salud pertinentes.
- c) Cumplimiento con el tratamiento o referencia. O sea, decidirse a ir y realmente ir a los servicios de salud apropiados.
- d) Atención de calidad de parte de los proveedores de salud en los servicios de salud.

Este documento presenta el proceso seguido para el diseño, ejecución y monitoreo de la intervención IEC del Proyecto MotherCare en Guatemala. Los pasos seguidos en este proceso, cada uno de los cuales será explicado abajo, fueron:

- 1. Investigación formativa
- 2. Análisis
- 3. Diseño estratégico
- 4. Diseño, prueba y producción de materiales
- 5. Ejecución y monitoreo
- 6. Evaluación
- 7. Sostenibilidad

1. Investigación formativa

La investigación formativa, considerada como el primer paso en los métodos de comunicación contemporáneos, fue guiada por los comportamientos clave y por ideas sobre las posibles audiencias, canales o agentes de las intervenciones. Por lo tanto, las mujeres, sus parientes, las comadronas tradicionales, y los proveedores públicos de salud fueron los informantes clave y participantes en los estudios formativos realizados.

¹ La estrategia IEC se adoptó como un compromiso para evitar la necesidad de un consenso para cualquiera de los tres términos, cada uno de los cuales tiene diferentes connotaciones y orígenes académicos



A continuación se incluyen ejemplos de los resultados de la investigación formativa:

- Reconocimiento de las «señales de peligro». Algunas mujeres reconocieron la hinchazón de cara y manos y la hemorragia, como complicaciones durante el embarazo. Sin embargo, la ruptura prematura de membranas o una operación cesárea previa no fueron reconocidas como señales de peligro. Algunas mujeres reconocieron un parto prolongado como una complicación, pero no siempre distinguieron entre hemorragia leve y severa.
- Identificación de las acciones apropiadas. Los parientes y las comadronas tradicionales usan diferentes remedios caseros para tratar las complicaciones antes de considerar llevar a la mujer al hospital.
- Cumplimiento con el tratamiento o referencia. Los parientes, especialmente los esposos, pero también las suegras, las madres y las comadronas, influyen en la decisión de buscar atención fuera del hogar y de la comunidad. De acuerdo a las mujeres, los esposos son los que toman la decisión final de buscar atención fuera de la comunidad.
- Atención de calidad. Existe una percepción generalizada sobre la mala calidad de los servicios de salud, lo que frecuentemente influye de forma negativa en la decisión de buscar atención fuera del hogar. Una vez en el hospital, las mujeres se enfrentan con barreras adicionales, tales como la comunicación en un lenguaje diferente y las prácticas institucionales inaceptables.

2. Análisis

Además del análisis etnográfico/descriptivo de los resultados para poderlos utilizar en el diseño de una intervención IEC, fue necesario realizar otros análisis tales como: análisis de comportamiento, análisis de audiencias o canales, y análisis de organizaciones.

El **análisis de comportamiento** fue guiado por dos criterios principales: a) factibilidad de cambio, que implica factibilidad de promover el comportamiento y que la audiencia adopte tal comportamiento; y b) impacto epidemiológico o importancia del comportamiento. La intervención idealmente se enfoca en aquellos comportamientos que, de acuerdo al análisis, tienen más potencial de impacto y parecen más factibles de cambiar en vista del costo, congruencia con las creencias existentes, similitud con las prácticas existentes, grado de complejidad, etc. Sin embargo, casi siempre es necesario encontrar un balance entre ambos criterios.



Por ejemplo, es más factible promover que cuando la mujer embarazada note una «señal de peligro» lo diga a la comadrona tradicional, que promover que la mujer vaya directamente al servicio de salud, aunque quizás lo segundo tendría mayor impacto sobre el problema. Además, sería más fácil que el esposo siguiera la recomendación de apoyar a la mujer para que busque ayuda de la comadrona tradicional, a que busque ayuda del centro de salud. El análisis de comportamientos es importante para la selección de las recomendaciones definitivas y el diseño de mensajes.

El **análisis de audiencias** nos condujo a identificar como la audiencia primaria, a las mujeres embarazadas y otras mujeres en edad reproductiva, ya que ellas deben tener la capacidad para reconocer las señales de peligro e identificar las acciones apropiadas a tomar. También nos condujo a la segmentación de la audiencia primaria en dos grupos: mujeres embarazadas por primera vez y las que ya han estado embarazadas antes, siendo las primeras más jóvenes y con menos conocimientos, pero más inclinadas a utilizar los servicios de salud que las segundas. Las audiencias secundarias son los esposos, suegros, comadronas tradicionales y proveedores modernos de salud que influyen en las mujeres embarazadas. Finalmente, las audiencias terciarias son las organizaciones gubernamentales y organizaciones no-gubernamentales (ONGs), el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (nivel central) y otras instituciones que apoyaron la intervención.

El análisis de audiencias frecuentemente implica un **análisis de los canales**, ya que las audiencias secundarias usualmente actúan como canales para la intervención IEC. Uno de los criterios para analizar los canales es el de su alcance. Por ejemplo, durante la atención prenatal es cuando las mujeres pueden aprender sobre las señales de peligro durante el embarazo y parto. Sin embargo, en Guatemala menos de la mitad de las mujeres embarazadas busca atención prenatal en los servicios de salud públicos o privados, y la mayoría sólo lo hace una o dos veces. Por lo tanto, no se puede depender exclusivamente de los servicios formales de atención prenatal para transmitir los mensajes.

Las comadronas tradicionales son las principales proveedoras de la atención prenatal, la atención durante el parto y la atención del recién nacido, cubriendo 60-70% de todos los nacimientos en las áreas rurales de Guatemala. El 88% de los nacimientos ocurre en el hogar y el 72% de los nacimientos entre las mujeres Mayas es atendido por comadronas tradicionales. Por lo tanto, las comadronas tradicionales debían ser capacitadas en el manejo de complicaciones maternas y perinatales así como en la transmisión de mensajes a las mujeres embarazadas, y estar vinculadas efectivamente con el sistema formal de atención de salud para que se efectuara la referencia de complicaciones.



3. Diseño estratégico

Con base en la investigación formativa, se diseñaron tres estrategias de IEC en el Proyecto de MotherCare en Guatemala: una estrategia institucional, una estrategia de comportamientos individuales y una estrategia comunitaria.

a) Estrategia institucional

Usualmente en estas intervenciones las audiencias secundarias que actúan como canales deben ser capacitadas; sin embargo, la capacitación de proveedores de atención de salud no es tarea de un programa IEC. En este caso, la capacitación de proveedores de atención de salud en el manejo de complicaciones obstétricas y perinatales se había iniciado antes de diseñarse la intervención integrada de IEC. Por lo tanto, la estrategia institucional de IEC reforzó la capacitación en comunicaciones interpersonales dentro del contexto guatemalteco multiétnico, multicultural y plurilingüe. Esto incluyó trabajar con el personal de los hospitales para tratar de identificar y eliminar las barreras hospitalarias para la referencia por parte de las comadronas tradicionales y su utilización por parte de las mujeres.

Una discusión se centró en las barreras que las familias y las comadronas encuentran cuando buscan atención apropiada para el manejo de complicaciones. Estas se refieren a las consideraciones que las personas hacen antes, durante y después de ir al hospital. En las barreras que presentan los hospitales se incluyen: temor al personal, vergüenza, idioma y comunicaciones, prácticas y procedimientos hospitalarios. Por ejemplo, se desarrollaron incentivos para el personal bilingüe que pueda facilitar la comunicación entre la mujer embarazada o con complicaciones y el médico. Asimismo, se promovió el concepto del «hospital amigo de la comadrona».

La estrategia institucional también consideró la capacitación de los proveedores de salud en los centros y puestos de salud sobre temas de consejería prenatal. En la capacitación se incluyó el contenido de la consejería y las técnicas a utilizar.

b) Estrategia de comportamientos individuales

Esta estrategia se refirió a los comportamientos de las mujeres embarazadas y esposos, suegras y comadronas tradicionales; y dependió principalmente de la radio como medio masivo. Las cuñas de radio producidas presentaban los comportamientos ideales de las mujeres (por ejemplo, buscar atención prenatal lo antes posible), de los esposos (por ejemplo, apoyar a las mujeres embarazadas para que



asistan a control prenatal), de las suegras (por ejemplo, recomendar el control prenatal) y de las comadronas tradicionales (por ejemplo, reconocer las complicaciones y referir a las mujeres para atención prenatal y por complicaciones).

La capacitación de las comadronas tradicionales se había iniciado antes de diseñar la estrategia de IEC. Por lo tanto, la contribución de esta estrategia a la capacitación fue enfocarse en los mensajes que las comadronas tradicionales deben transmitir a las mujeres embarazadas mientras realizan visitas a sus hogares para brindar cuidado prenatal tradicional, masajes y baños de temascal (baño de vapor tradicional).

c) Estrategia comunitaria

Esta estrategia fue diseñada para promover el funcionamiento de maternidades comunitarias, comités de emergencia para el transporte al hospital de las mujeres con complicaciones obstétricas y perinatales, y el trabajo con grupos organizados de mujeres. Esta última actividad fue prioritaria para la intervención de IEC y se hizo a través de vínculos establecidos con organizaciones no gubernamentales (ONGs) que trabajan en las áreas de salud. Se identificaron grupos de mujeres con interés en participar en una serie de siete sesiones educativas.

Las tres estrategias fueron integradas, apoyándose entre sí.

4. Diseño, prueba y producción de materiales

Todos los materiales de apoyo para las estrategias y actividades específicas dentro de ellas se prepararon en borrador, se probaron, se modificaron con base en los resultados de las pruebas, y se produjeron.

a) Estrategia institucional

- Se produjo un afiche sobre las «Diez Reglas de Oro» para los servicios de salud, como un recordatorio de las destrezas ideales de comunicación interpersonal.
- Se desarrollaron guías de discusión y ejercicios para los encuentros o reuniones entre el personal hospitalario y las comadronas tradicionales.
- Se preparó un borrador sobre el concepto de «Hospital amigo de la comadrona tradicional», con 10 pasos aceptados por el personal hospitalario y por las comadronas tradicionales.
- Se entregaron botones de «Yo hablo K'iche'», «Yo hablo Mam» y «Yo hablo Kakchiquel» al



personal de salud bilingüe, para que los usaran y así pudieran ser identificados como traductores y enlaces culturales por las mujeres.

- Se produjo un rotafolio de escritorio para ayudar a los proveedores de salud en la consejería prenatal.
- Se diseñaron y distribuyeron cinco boletines para informar a los proveedores de salud sobre los resultados de la investigación formativa, las estrategias integradas de IEC del Proyecto MotherCare Guatemala, y los avances en la ejecución y monitoreo.

También se desarrollaron materiales de capacitación tales como talleres sobre destrezas para consejería y utilización de materiales en la consejería prenatal.

b) Estrategia individual

- Se desarrollaron 15 cuñas de radio, en español, K'iche' y Mam se hicieron las pruebas preliminares y se transmitieron en estaciones de radio pagadas y voluntarias. También se utilizaron otros sistemas de sonido como de algunos servicios de salud.
- Se diseñó y produjo un folleto sobre la manera de utilizar las cuñas en la radio y a través de otros medios.
- Se perfeccionó un rotafolio sobre las señales de peligro, a ser utilizado en la capacitación de comadronas tradicionales. Esto se logró haciendo pruebas preliminares y modificaciones.
- Se diseñó un libro para colorear, a ser utilizado en la capacitación de las comadronas tradicionales.

c) Estrategia comunitaria

- Se produjo un afiche de promoción de las maternidades comunitarias.
- Las páginas del rotafolio sobre las señales de peligro se usaron como rompecabezas para el análisis de la mortalidad materna y sus causas. Esta actividad se realizó con grupos de mujeres.
- También se utilizó, con grupos de mujeres, el libro para colorear sobre las señales de peligro.
- Los facilitadores de los grupos de mujeres debieron ser muy creativos en el desarrollo de sus propios materiales de trabajo. Estos incluyeron: fotos, rompecabezas, historias, alimentos, etc.
- Se diseñó y produjo una guía metodológica para trabajar con grupos de mujeres.

En el Cuadro 1 se presenta un resumen de las estrategias integradas de IEC que se utilizaron en el Proyecto MotherCare en Guatemala.



Cuadro 1
Revisión General de las Estrategias Integradas de IEC

Institucional	Comportamientos individuales	Comunidad
<p>Audiencias: Proveedores de salud (médicos, enfermeras, enfermeras auxiliares)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none">• Capacitación sobre relaciones interpersonales e inter-étnicas• Capacitación sobre consejería prenatal.• Reuniones entre el personal hospitalario y las comadronas tradicionales.• Incentivos para el personal bilingüe. <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none">• Afiche sobre las «Diez Reglas de Oro»• Diez pasos para poner en práctica el concepto de «Hospital amigo de la comadrona tradicional»• Guías de discusión sobre las barreras existentes para la utilización de los servicios de salud• Botones para la identificación del personal bilingüe• Rotafolio para utilizarse en la consejería• Boletín «Cuidado Materno»	<p>Audiencias: Mujeres embarazadas, mujeres en edad reproductiva, esposos, suegras, comadronas tradicionales.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none">• Capacitación a las comadronas tradicionales (mensajes para las mujeres embarazadas)• Referencia• Difusión mediante cuñas de radio <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cuñas de radio y folleto• Rotafolio sobre las señales de peligro• Libro para colorear sobre las señales de peligro• Cupones de referencia• Material de promoción para entregar a las mujeres embarazadas que asisten a la atención prenatal (calendarios miniatura, tarjetas sobre las «señales de peligro», monederos y bolsas para guardar documentos personales)	<p>Audiencias: Comités, grupos organizados de mujeres</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none">• Reuniones con los comités de maternidad• Sesiones participativas de capacitación con grupos de mujeres <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none">• Afiche sobre maternidades comunitarias• Rotafolio sobre las señales de peligro• Libro para colorear sobre las señales de peligro• Fotos, dibujos• Historias• Otros materiales elaborados por las facilitadoras comunitarias• Manual de sesiones participativas con grupos de mujeres



5. Ejecución y monitoreo

La etapa de investigación formativa duró cinco meses, el diseño de la estrategia un mes, y el diseño, prueba y producción de materiales 12 meses. Las estrategias IEC se implementaron durante un período de 18 meses, de enero de 1997 a junio de 1998. El monitoreo de la intervención IEC se realizó juntamente con su ejecución. El monitoreo se enfocó en los insumos (recursos materiales y humanos), procesos (actividades tales como capacitación) y resultados (los resultados tanto de los insumos como de los procesos, usualmente cambios en el conocimiento y comportamiento reportado).

A continuación se incluyen algunos ejemplos de los resultados de las actividades de monitoreo realizadas por el Proyecto MotherCare en Guatemala:

a) Insumos

Como parte del monitoreo de los insumos (recursos materiales y humanos), se escuchó la radio para dar seguimiento a la transmisión de las cuñas. Esto indica el potencial de exposición de las mujeres, hombres, comadronas tradicionales y proveedores de salud a los mensajes clave del proyecto. En junio de 1997, dos estaciones de radio pagadas estaban transmitiendo las cuñas 10 y 24 veces, respectivamente. Por el contrario, las estaciones de radio no pagadas las estaban transmitiendo con menos frecuencia o no las estaban transmitiendo, como muestra el Cuadro 2.

Cuadro 2
Transmisión de cuñas de radio
(Monitoreo realizado al escuchar la radio)

Estación de radio monitoreada	Promedio de transmisión diaria
Radio Retama	10
Radio La Voz de Nahualá	24
Radio Momostenango	0
Radio Tecún Umán	5
Radio La Voz de la Buena Nueva	8

Asimismo, como parte del monitoreo de los insumos se llevó control de la distribución de cada uno de los materiales de IEC.



b) Procesos

Para monitorear los procesos (actividades), en dos encuestas se incluyeron preguntas para verificar si las mujeres habían escuchado los mensajes en la radio. En junio de 1997, durante una encuesta realizada a la salida de los servicios de salud, 29% de las mujeres embarazadas que asistían a la atención prenatal y dijeron que escuchaban la radio, habían oído algo en el radio sobre las señales de peligro durante el embarazo. En una encuesta comunitaria realizada a principios de 1998, más de la mitad de las mujeres en edad reproductiva que dijeron que escuchaban las estaciones de radio pagadas, habían escuchado los mensajes sobre las señales de peligro durante el embarazo (ver Cuadro 3).

Cuadro 3
Porcentaje de mujeres que había escuchado los mensajes de radio
Por estación de radio

Ha escuchado:	Radio «La Voz de Nahualá» (n=80)	Radio Retama (n=87)	Radio Momostenango (n=76)	Sólo otras estaciones de radio (n=230)
♦ Señales de peligro durante el embarazo	82	80	64	43
♦ Anemia durante el embarazo	59	41	51	23
♦ Planificación familiar	31	56	38	45

También se monitoreó el proceso de participación en las sesiones de los grupos de mujeres, como muestra el Cuadro 4. Sesenta y dos grupos de mujeres participaron en discusiones y sesiones de capacitación. El número de participantes por grupo fue de 37 mujeres en promedio para un total de 2,283 mujeres.

Cuadro 4
Grupos de mujeres y participantes en
cuatro municipalidades

Lugar	Número de grupos	Número de participantes	Promedio de participación
Nahualá, Sololá	23	814	35
Momostenango, Totonicapán	18	740	41
San Carlos Sija, Quetzaltenango	4	92	23
Comitancillo, San Marcos	17	637	37
Total	62	2,283	37



c) Resultados

Las actividades de monitoreo de una intervención IEC pueden proporcionar indicaciones de que los cambios en el conocimiento y en los comportamientos en realidad están ocurriendo, aunque el cambio en el comportamiento en sí es difícil de medir. La observación es el estándar para evaluar el comportamiento. Sin embargo, el comportamiento frecuentemente es difícil de observar ya que puede ocurrir de manera esporádica, muy lejos, durante la noche, en la privacidad del hogar y al interactuar con otras personas.

Por lo tanto, se utilizaron otros medios indirectos para evaluar el comportamiento:

- observando los rastros del comportamiento (como aquéllos que se dejan en los materiales usados)
- registrando los resultados del comportamiento (monitoreo hospitalario o los cupones de referencia)
- comportamiento reportado (en las entrevistas de las encuestas)
- intención reportada de comportarse en cierta forma (en las entrevistas de las encuestas)
- conocimiento del comportamiento correcto (conocimiento de las señales de peligro y que las complicaciones deben referirse)
- evidencia anecdótica.

Por ejemplo, en una encuesta de 106 comadronas tradicionales, el 78% y más de las que habían sido capacitadas en el manejo de complicaciones, dijeron que procederían a referir al hospital a las mujeres con complicaciones tales como hemorragia, parto prolongado, mala presentación y retención de placenta. Estos porcentajes eran considerablemente mayores que los de las comadronas que no habían sido capacitadas en el manejo de complicaciones, según se muestra en el Cuadro 5. De acuerdo a los modelos de cambio de comportamiento, la intención de hacer algo se toma como un antecedente a la acción.

Cuadro 5
Comadronas que indicaron que procederían a
referir cada complicación
(Porcentaje de respuestas; entrevista de encuesta)

Señales de peligro durante el parto	Comadronas tradicionales no capacitadas en el manejo de complicaciones	Comadronas tradicionales capacitadas en el manejo de complicaciones
Hemorragia	10	78
Parto prolongado	70	91
Mala presentación	40	91
Retención de placenta	n.i	78
Gemelos	15	48



Otro ejemplo de examen de los rastros del comportamiento lo constituye la observación de los materiales impresos y de otro tipo. Durante la capacitación, se proporcionó a las comadronas tradicionales un tzute o tela tradicional y materiales para promover un parto limpio y otros comportamientos. Los modelos de cambio de comportamiento también indican que la disponibilidad o cercanía de los materiales necesarios para efectuar un comportamiento, aumentan la probabilidad de que el mismo ocurra.

En la encuesta realizada seis meses después de la capacitación a 106 comadronas tradicionales, preguntamos si tenían el tzute o tela tradicional y otros materiales como jabón, tijeras, cinta de castilla y perilla. El 89% dijeron que sí, pero de ellas sólo 91% (81% del total) pudieron mostrar el tzute a la entrevistadora. El 76% (61% del total) de lo observado tenían jabón y, excepto en un caso, el jabón parecía usado. Todas las comadronas tradicionales dijeron que usaban el jabón para lavarse las manos antes del parto, lo cual es importante para un parto limpio (ver Cuadro 6). Esto, a su vez, es vital para prevenir complicaciones post-natales y neonatales.

Cuadro 6
Presencia de materiales distribuidos durante la capacitación de
comadronas tradicionales
(Número y porcentaje de respuestas; encuesta de observación y entrevista)

Materiales	n	%	% del total
La comadrona indicó que tenía un tzute	94	89	89
La comadrona mostró un tzute	86	91	81
Jabón en el tzute	65	76	61
El jabón parecía usado	64	98	60
La comadrona indicó que usaba el jabón para lavarse las manos	65	100	61

Las técnicas y contenidos de la comunicación de los trabajadores de salud puede ser observada o reportada para monitorear la calidad de atención en los servicios de salud. El Proyecto MotherCare en Guatemala ha realizado ambas actividades. Por ejemplo, en entrevistas realizadas a la salida de los servicios de salud a una muestra de aproximadamente 600 mujeres embarazadas, la mayoría indicó que el personal las había saludado, las había llamado por su nombre y las había escuchado con atención. Solamente la mitad dijo que se les había interrogado si tenían preguntas y 19% dijo que tenían una pregunta o duda que no fue aclarada. El 87% comprendió las recomendaciones recibidas. Sin embargo, referente a los mensajes de interés, sólo el 12% reportó que les habían informado sobre las señales de peligro durante el embarazo; y sólo el 21% dijo que había recibido información sobre la anemia durante el embarazo (ver Cuadro 7).



Cuadro 7
Comunicación del personal de salud
(Porcentaje de respuestas; entrevista a la salida)

Comunicación interpersonal	%
La saludó	98
La llamó por su nombre	91
La escuchó con atención	99
Le interrogó si tenía preguntas	52
Tenía preguntas/dudas	19
Comprendió las recomendaciones/tratamiento	87
Se le informó de las señales de peligro durante el embarazo	12
Se le informó sobre la anemia durante el embarazo	21

6. Evaluación

La evaluación del impacto requeriría la medición de la mortalidad materna y mostrar que se ha reducido. Sin embargo, la mortalidad materna es muy difícil de medir con exactitud. En Guatemala, el sistema de monitoreo computarizado en los hospitales proporcionará una medida del éxito del Proyecto MotherCare, haciendo énfasis en el aumento en el número de complicaciones que llegan a los hospitales y la proporción de todos los nacimientos atendidos, compuesta por las complicaciones. Supuestamente, esto indicaría que más mujeres y comadronas tradicionales están reconociendo las complicaciones o señales de peligro, que las comadronas tradicionales y otras están refiriendo al hospital a las mujeres con complicaciones, que las mujeres y sus familias están tomando la decisión de usar el hospital y que estas decisiones se llevan a cabo. Además, se esperaría que la tasa de mortalidad entre las mujeres y los niños con complicaciones que acuden al hospital sea menor que antes, lo cual indicaría una referencia oportuna y una atención de mejor calidad en los hospitales. El monitoreo ayudará a explicar los resultados del sistema de información sobre las complicaciones tratadas a nivel hospitalario.



7. Sostenibilidad

Guatemala posee una capacidad institucional para proporcionar atención materna a aproximadamente el 20% de las mujeres en edad reproductiva. Actualmente, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social no puede extender sus servicios hospitalarios para atender todos los nacimientos que ocurren en el país. Por lo tanto, es muy apropiado el enfoque de estimular y dar prioridad a las mujeres con complicaciones obstétricas y perinatales para que hagan uso de los servicios hospitalarios. Además, para implementar este enfoque son esenciales las estrategias IEC para sensibilizar a los proveedores formales de salud en cuanto a las barreras socio-culturales que se interponen en la utilización de los servicios y para informar a las comadronas tradicionales, a las mujeres y a sus familias sobre las «señales de peligro» que requieren la búsqueda de servicios médicos. El hecho que el Proyecto MotherCare haya trabajado estrechamente con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y que los proveedores formales de salud y las comadronas tradicionales hayan sido involucradas como actores principales y canales de comunicación en la intervención IEC, contribuirá a su sostenibilidad. Además, ya que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social está tratando actualmente de descentralizar y aumentar la cobertura de los servicios primarios de salud incluyendo a las organizaciones no gubernamentales en la provisión de ellos, el compartir la metodología de la intervención IEC y sus materiales con estas organizaciones es otra medida para su sostenibilidad.



Lecciones aprendidas

A continuación se incluyen algunas de las lecciones aprendidas en el proceso de diseño, ejecución, monitoreo y evaluación de la intervención IEC, basada en el comportamiento, del Proyecto MotherCare.

1. Es importante principiar con el objetivo en mente (por ejemplo la reducción de las tasas de mortalidad materna) y enfocarse en los comportamientos clave que deben suceder para poder alcanzar nuestra misión, metas y objetivos.
2. El proceso de investigación formativa y el diseño de una intervención basada en el comportamiento es muy interactivo. Los lugares donde se realizará la intervención determinan la localización del estudio formativo, los posibles participantes en la intervención determinan quiénes serán los informantes clave; los instrumentos para recolección de datos están guiados por los comportamientos técnicamente recomendados o ideales; quiénes realizarán los comportamientos mejorados, orienta las pruebas de comportamiento; y quiénes escucharán, verán o utilizarán los materiales de comunicación, determinan los participantes en las pruebas de materiales.
3. El análisis de comportamiento es una herramienta poderosa, que descubre factores tales como el acceso geográfico, limitaciones económicas, barreras institucionales y factores sociales y culturales que influyen en los comportamientos.
4. La estrategia IEC debe promover los comportamientos mejorados y hacer algo sobre los factores que influyen en ellos.
5. El análisis de los comportamientos clave y de los factores que influyen en ellos debe ser replicado muchas veces durante la ejecución, con diferentes audiencias y en diferentes maneras.
6. El proceso descrito es apropiado para ordenar y planificar intervenciones basadas en el comportamiento. IEC es una intervención en sí, pero también es parte de otras intervenciones en un proyecto.
7. El monitoreo representa un gran reto para un proyecto, ya que frecuentemente los motivadores externos de la intervención también deben seguir su progreso. Llevar a cabo el monitoreo implica mucho trabajo y los proveedores de salud no siempre piensan que es útil, sino sólo trabajo adicional. Por lo tanto, es muy difícil mantener las actividades de monitoreo.
8. La duración de los proyectos de intervención nunca parece ser suficiente como para alcanzar y medir el cambio sostenido en el comportamiento.



Personal del Proyecto MotherCare en Guatemala

Elena Hurtado, Asesora, IEC

Facilitadores, IEC:

Agapita Carmen Castro

Olga Juárez

Demetrio Margos

Aura Pérez

Ermelinda Pérez

Enriqueta Salanic

María Tzep

Florinda Batz

Coordinadora de proyecto:

Dra. Elizabeth de Bocaletti

Coordinadores de Area:

Dr. Gustavo Barrios

Dra. Ericka Jacobs.

Dra. Yadira Villaseñor de Cross

Capacitación:

Lic. Alicia Ruano

Radio:

Lic. Claudia Flores

Patricia De León

Apoyo administrativo y secretarial:

Lic. Julio Bolaños

Miriam Alonzo

Evelyn Rosales

Asistencia Técnica:

Reynaldo Pareja, MotherCare/Washington