Volume 8, No. 2—August 1999

MotherCare™ Matters

A Quarterly Newsletter and Literature Review on Maternal and Neonatal Health and Nutrition

Scaling-up MotherCare

Introduction

MotherCare has been working to improve maternal and perinatal health for over ten years. At its inception in 1989, MotherCare activities focused on the implementation of pilot projects, three of which were located in Bolivian and Guatemalan communities. These pilots formed the basis for the scaled-up activities that continue today. While the expansion of activities in these two countries is not identical, the progress stemming from MotherCare staff, working in collaboration with NGOs and government officials, is evident.

What is Successful Scaling-Up?

"Success...is...an intervention that...can be brought to scale," stated Malcolm Potts, President, International Family Heath, recently at an HIV/AIDS conference in Nairobi.[1] This sentiment expresses the reality that many projects are successful due to a smaller population with fewer activities and decision makers involved, but the complexity involved in the scaling-up of a project often leads to its failure.

Successful scaling-up is defined as *increasing the impact of an intervention while maintaining quality*.[2,3] Social scientists offer a multitude of ways to scale-up project activities and list many factors that can affect the progress of such initiatives. Indeed, when looking at projects that have achieved a broader impact, there is no simple recipe for success. The types of scaling-up elaborated by Peter Uvin and David Miller, authors of *Paths to Scaling-up: Alternative Strategies for Local Nongovernmental Organizations*, encompass most of the scaling-up approaches previously defined by other social scientists, but there is no consensus on one definition.[4]

What is Scaling-Up?

Quantitative scaling-up is what people often think of when project expansion is discussed. It entails an increase in clients served either through differentiation of audience or geographic area, often through the replication of a successful pilot project. The *functional* method involves an expansion of the number and types of programs conducted by the same organization and are related or unrelated to the present operational range. For example, an income-generation program may add a health or education component, or a group that trains birth attendants to recognize complications may begin to teach anemia prevention. *Political*

Hillary Rodham Clinton Visits MotherCare/Guatemala

See page 19 for the text of a speech on maternal health given by the First Lady in Guatemala (pictured here with Dr. Elizabeth de Bocaletti, Director, MotherCare/Guatemala).

Photo by Otto Guzmán

scaling-up occurs when a development program addresses the root causes of a problem. It usually involves either mobilization of a community or collaboration with political organizations that have the power and resources to influence change through policy, legal reform, or budget allocation. Finally, the *organizational* approach seeks to increase resources either financially, perhaps through cost-recovery, or in terms of human capital, through skills development, to increase impact. MotherCare programs, as planned during their second phase (1994-1998), have combined several of these approaches to achieve increased impact on maternal and newborn health and survival in Bolivia and Guatemala.

Scaling-up can be quantitative, functional, political and organizational and may be applied in unison or singly depending on the design and circumstances of a program.

In this issue you will find examples of the progress MotherCare has made in scaling-up its activities in Bolivia and Guatemala during the past ten years. Two important events in these countries are also given emphasis. On page 19 is a transcript of First Lady Hillary Rodham Clinton's speech on the importance of Safe Motherhood efforts, given during a visit to MotherCare/Guatemala in November 1998. Comments by Elizabeth de Bocaletti, Project Director, MotherCare/Guatemala follow. Also, included in Box 1 on page 10 is an article on the ceremony introducing the MotherCare curriculum *Manejo de Complicaciones Obstétricas y Perinatales*[5] in the Bolivian medical schools of San Simón and San Andrés.

Suzanne M. Jessop
Program Associate, MotherCare

[1] Malcolm Potts, *Scale Up and Hurry Up.* A speech on summary observations during the Integration of HIV/AIDS/STDs into Family Planning—The African Agenda II Conference. Nairobi, Kenya (1998).

[2] Peter Uvin and David Miller, "Paths to Scaling-up: Alternative Strategies for Local Nongovernmental Organizations," *Human Organization* 55 (6): 344-354 (1996).

[3] Michael Edwards and David Hulme, *Making a Difference: NGOs and Development in a Changing World* (London: Earthscan Publications Ltd., 1992).

[4] Peter Uvin and David Miller, "Paths to Scaling-up: Alternative Strategies for Local Nongovernmental Organizations," *Human Organization* 55 (6): 344-354 (1996). They review the scaling-up frameworks of Robert Berg, 1987; Julie Fisher, 1993; John Clark, 1991; Goran Hyden, 1992; and Mick Howes and M.G. Sattar, 1992.

[5] Management of Obstetric and Perinatal Complications

Section One

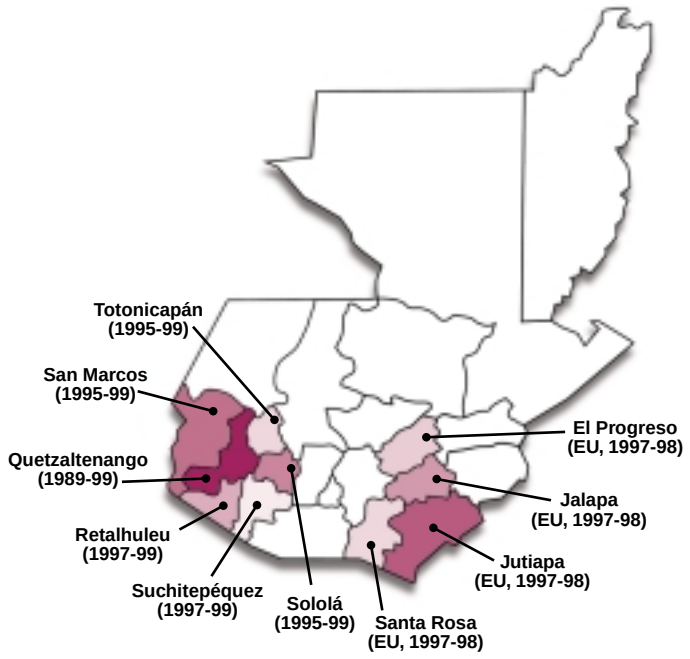
MotherCare/Guatemala

Progress in Guatemala Over the Past Decade

During its first five years (1989-1994), MotherCare/Guatemala conducted activities in the pilot area of Quetzaltenango (population approximately 600,000). Initial formative research revealed that women frequently did not to go to the hospital when pregnancy or delivery complications arose, and Traditional Birth Attendants (TBAs) tended not to refer patients to the hospitals, as they (both the women and the TBAs) were often treated poorly there. Additional studies showed that many women would arrive at hospitals in a critical state due to delayed referral. In response to this research, MotherCare/Guatemala implemented a multi-pronged approach with activities planned at the community level, the local health clinic level, and the regional and departmental hospital levels. These activities were all expanded after 1994, as the MotherCare program moved into several more regions.

In 1995, community- and facility-level activities commenced in the three new health areas of San Marcos, Sololá, and Totonicapán, in addition to Quetzaltenango. In 1997, two more areas, (Suchitepéquez and Retalhuleu) were added, encompassing a total population of 2.5 million. The European Union (EU) also adopted and financed the MotherCare model in four of its areas within Guatemala with technical assistance from MotherCare (covering an additional 860,000 persons).

MotherCare/Guatemala—Regional Expansion

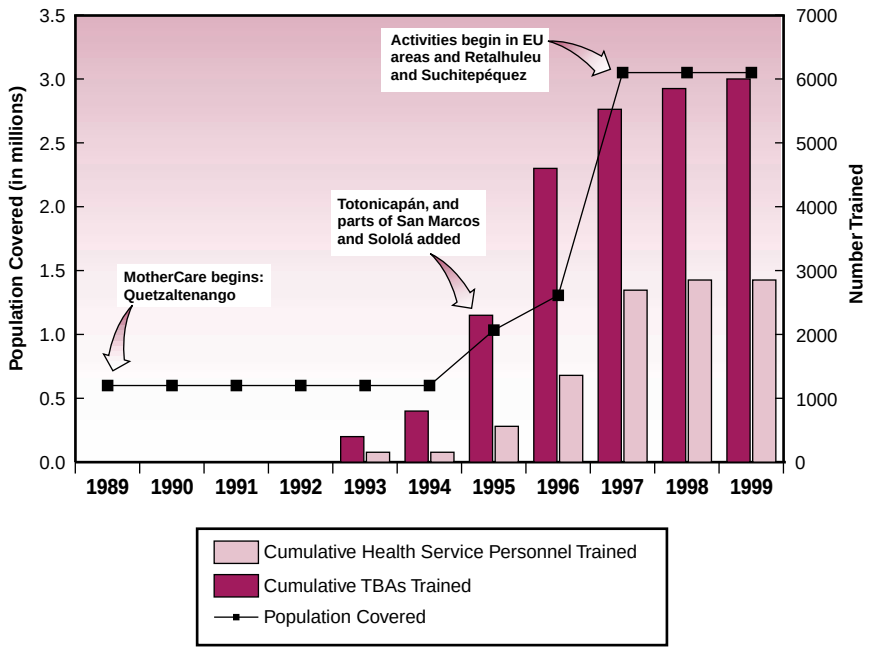


MotherCare/Guatemala, 1999

Improving the Quality of Care Through Community-Level Training

Within the activities of the Quetzaltenango pilot project (1989-1994), a training manual and training guide were created and used to instruct 20 TBA trainers and over 400 TBAs to recognize danger signs during pregnancy and delivery and make more timely referrals. As 60 to 70 percent of pregnant women in Guatemala deliver with TBAs (this percentage rises to 90 percent in rural areas), MotherCare recognized the need to work with this group. After some post-evaluation adjustments to the curriculum, MotherCare in six areas, and the EU in four areas, trained more than 5500 TBAs over a decade (1989-1998). The curriculum continues to be updated and used by MotherCare and other organizations. Recent post-evaluation surveys (six months after training) suggest that TBAs are approximately twice

Graph A—MotherCare/Guatemala Quantitative Scaling-Up



MotherCare/Guatemala, 1999

as likely to spontaneously identify signs of danger during pregnancy, delivery, the postpartum period, and in the newborn as compared to their untrained counterparts. They are also twice as likely to say that they refer women with these complications to health facilities.*

Expansion of Community Involvement and Increasing Access to Care

Lessons learned during the pilot project show how important it is for women and their families to be able to recognize the signs of delivery complications (in case their birth is unattended). As a result, MotherCare worked with 79 community groups during its second phase (1994-1998), reaching approximately 2000 women with lessons on maternal and newborn health, including when to seek medical care. In addition, through autodiagnosis, women identified and prioritized their health problems and established ways to solve them.

As a result of the training, several of these groups in remote areas were mobilized to establish their own community-supported maternity centers, replicating the successful example from the first phase of MotherCare in the municipality of San Carlos Sija. In this municipality and three municipalities towns, local TBAs and Ob/Gyn residents provide outpatient prenatal, postpartum, gynecological and family planning services and identify high risk and complicated cases for hospital referral.

Studies have shown that delivery costs to the client and the government are lower at the community maternity compared to the hospital. The maternities are more accessible and culturally acceptable (utilizing the preferred TBA) and provide a family-centered approach. A major IEC campaign supported this component with radio spots and print materials encouraging the use of the community maternities and teaching the recognition of complications.

Improving the Quality of Care at the Facility Level Through Policy and Training

In Quetzaltenango in 1991, protocols on the management of maternal and neonatal complications were developed for and adopted by the hospital and health clinics, and health personnel were given an orientation to their use. In addition, health staff were trained in the importance of expressing support and encouragement to TBAs who refer women, and they were trained to show compassion to the women referred by the TBAs. By the end of the pilot project, referrals were up 200 percent, largely due to improved attitudes among health personnel towards patients and the welcoming of TBAs into the hospital to aid their referred clients during childbirth.

* Note, the untrained TBAs were fewer in number and questioned at a different time.

The second phase of MotherCare activities included regular meetings with Ministry of Health (MOH) staff from various levels and local physicians to review the protocols. The protocols were revised in 1996, with the endorsement of the MOH and the Guatemalan Association for Gynecology and Obstetrics. Subsequently, they were distributed to regional, departmental and local health facilities throughout the country. Provider training based on the protocols, on the management of maternal and neonatal complications, and on interpersonal communication skills, became competency-based. MotherCare trained over 1500 doctors, nurses, and nurse auxiliaries from area hospitals, centers and posts. Preliminary training evaluations show a reported increase in confidence in the management of cases, particularly among auxiliary nurses. The final training evaluations were carried out in June 1999, and are still being analyzed.

Findings

MotherCare's scaling-up activities in Guatemala focus on the *quantitative* replication of reproductive health programs, with TBA and provider training, facility monitoring, and IEC campaigns expanding to nine additional health areas (see Graph A).

Functional scaling-up is apparent in:

- the implementation of a data collection system in four district hospitals to monitor maternal and perinatal health;
- the training of hospital staff to analyze and use the collected data for improved management;
- an anemia reduction program emphasizing the training of health service personnel and TBAs in counseling; and
- a community-based qualitative and quantitative perinatal study to initiate improved newborn practices.

Finally, in the *political* sphere, collaboration with the national government helped establish nationwide protocols on the management of obstetric and neonatal emergencies. The national government had less influence than hoped, as it was largely occupied with the recent peace process and had several changes of personnel in the health arena.

See Table A for a timeline of MotherCare/Guatemala's activities over the past decade. And for a list of MotherCare/Guatemala materials produced during its second phase, see page 22 in the Spanish language section of this issue.

Table A—MotherCare/Guatemala Initiatives			
MotherCare Phase I (1989-94) Quetzaltenango Pilot Project			
Year	Community Involvement/ Increasing Demand	Quality of Care/Facilities	Government Involvement
1990	Formative research on women's views of hospital deliveries is conducted MotherCare supports opening of first community maternity in San Carlos Sija, Quetzaltenango		
1991	Manuals for TBA trainers and TBA trainees are developed	Protocols are developed for hospitals and health centers/posts in the management of maternal and neonatal complications Staff is oriented to the content and use of protocols (1991-94)	MotherCare/Guatemala participates in meetings at national and divisional levels (1991-94)
1992	Twenty trainers and 400 TBAs are trained in the detection, management and timely referral of complicated cases TBAs are invited to the hospital to assist with the referred client's birth	Hospital staff is sensitized to the importance of TBAs (1991-94)	
1993			
1994	Improved health personnel attitudes and decreased hospital waiting times increase referrals by TBAs to 200 percent		
MotherCare Phase II - Present (1994-99) Quetzaltenango, San Marcos, Sololá, Totonicapán, Suchitepéquez and Retalhuleu			
Year	Community Involvement/ Increasing Demand	Quality of Care/Facilities	Government Involvement
1994	MotherCare commences planning of community-level activities and the assessment in San Marcos, Sololá, and Totonicapán, and they continue in Quetzaltenango (pop. 2.5 million)	Situation analysis is conducted in four health zones MotherCare commences facility-level activities in San Marcos, Sololá, and Totonicapán, and they continue in Quetzaltenango (pop. 2.5 million)	Protocol review meetings are held with MOH staff & physicians
1995	Evaluation of TBAs trained under MotherCare IEC plan is designed to improve women's knowledge of danger signs Process to establish additional community maternities commences	Competency-based training curriculum is developed for nurses and physicians Indicators are identified and maternal/perinatal health monitoring system is established in hospitals (1995-99)	MotherCare takes part in the National Micronutrient Survey

Table A—MotherCare/Guatemala Initiatives *(continued)*			
MotherCare Phase II - Present (1994-99) Quetzaltenango, San Marcos, Sololá, Totonicapán, Suchitepéquez and Retalhuleu			
Year	Community Involvement/ Increasing Demand	Quality of Care/Facilities	Government Involvement
1996	TBA training materials are revised, validated and distributed at trainings Training of TBA trainers and TBAs begins again (1996-98) Formative research is conducted to determine attitudes and behavior surrounding anemia TBAs are trained in anemia control and counseling Radio spots and printed materials are produced and disseminated including anemia messages (1996-98)	Training is conducted for hospital nurses and physicians (1996-98) Hospital-based training is conducted in anemia control and counseling	Protocols are finalized and endorsed by the MOH and the Association of Ob/Gyns in Guatemala—then they are distributed throughout the various levels of the health care system
1997	The European Union replicates community-level activities in four areas (pop. 859,529) Community maternities are promoted through radio spots and printed materials Community-level activities are expanded into Retalhuleu and Suchitepéquez, two new health zones (pop. 606,921) MotherCare develops a manual on the mobilization of women's groups	Facility-level activities are implemented in two new health zones, Suchitepéquez and Retalhuleu (pop. 606,921) European Union replicates facility-level activities in four areas (pop. 859,529)	European Union replicates provider training activities in four areas at the request of the MOH
1998	A comparative cost study is conducted between community maternities and hospitals MotherCare facilitators work with 79 women's groups, reaching over 2000 women with lessons on maternal and perinatal health and how they can help solve their communities' health problems by the end of 1998 Over 5550 TBAs are trained during the two, five-year phases of MotherCare	Over 2000 health professionals are trained in the management of maternal and perinatal complications and interpersonal communication Follow-up supervision and training is conducted with health professionals (1998-99) Preliminary evaluation of facility training is conducted	
1999	IEC materials continue to be distributed Follow-up meetings for TBAs and their trainers continue MotherCare works to open a total of six community maternities by the end of 1999	Training evaluation has been designed and preliminary planning is being conducted Data collection and review continues at the hospitals	

Section Two

MotherCare/Bolivia

Growing with MotherCare in Bolivia

During its first five years in Bolivia (1989-1994), MotherCare implemented two pilot projects, one in Inquisivi, a rural Andean mountain community, and the other in Cochabamba, one of the largest cities in the country. Lessons learned during this phase, such as the need to work more closely with the Bolivian government to make the greatest progress, were incorporated as the activities were scaled-up.

Expansion of Community Involvement to Improve Maternal Health

Initiated in 1989 with Save the Children Federation, U.S. (SCF), in rural, mountainous Inquisivi, the *Warmi* pilot project centered around the methodology of 'autodiagnosis.' In this method, 50 local women's groups (approximately 1000 women) were given the opportunity to identify their maternal and newborn health problems and create and implement a plan of action to solve them with their families and communities. Some of the groups' activities included the training of village midwives, classes in safe and clean birth, recognition of complications, family planning, access to credit, and literacy training.

The methodology proved so successful in Inquisivi, it was incorporated, with MotherCare's assistance, into the MOH's national health strategy in 1994. As a part of the strategy, MotherCare supported SCF in the replication of *Warmi* activities in 513 communities throughout all of Bolivia's nine departments. This was possible through collaboration with and provision of technical assistance to a consortium of 24 local and international NGOs and regional, district and local MOH staff. *Warmi* activities with the communities continue today.

Increasing Knowledge and Demand for Care

In the pilot project in Cochabamba implemented in late 1990, quantitative and qualitative research was conducted to provide information on women's knowledge, attitudes and behaviors with regard to reproductive health. Based on the data from the research, IEC print and video campaigns aimed at local women and their families were executed to improve knowledge of prenatal care, safe/clean birth, postpartum/neonatal care, and family planning and to increase demand for care.

The communication strategy was much more comprehensive during the second phase of MotherCare (1994-1998), utilizing mass media education through radio, printed materials for facilities that provide maternal services, and interpersonal communications and counseling (IPCC) training for providers. The key IEC component was a 60-chapter radio soap opera (*Diario de un Destino*) that was aired in 1997 and 1998, on five major radio stations in La Paz and Cochabamba. It was accompanied by 20 radio spots directed toward husbands. *Diario de un Destino* (Diary of Destiny) was the "most listened to" of all radio dramas in the La Paz area. Evaluations show that when listeners were asked for spontaneous answers on what they learned from the show, 51 percent learned how to identify signs of complications in pregnancy, birth, postpartum, and in the newborn. Thirty-three percent knew to go immediately to the health facility if there were signs of complications. A total of 84 percent of the listeners received key messages. Intent to use services, Met Need, and numbers of prenatal visits will be measured in the final evaluation to help determine the impact of these communications efforts, including increases in demand for care. The soap opera has re-aired on the same stations in 1999.

Another piece of MotherCare's strategy to increase the demand for care was a component to ensure a culturally-sensitive environment in the health centers. MotherCare identified 30 out of 70 maternity service sites to become *mother-friendly*. The purpose of this intervention was to shift from the medical model of delivery and newborn care, prevalent in Bolivia and many countries, to a model emphasizing the involvement of the mother and her partner in the birthing process—one that recognized cultural sensitivities and the comfort of the client and the family during the delivery. For example:

- allowing the presence of the husband and the birth attendant at the birth
- keeping the woman warm during and after the birth
- allowing the woman to choose her birthing position
- returning the placenta if desired

Preliminary results indicate that the clients are happy with the changes at these *mother-friendly* centers. An impact evaluation will be part of the final MotherCare/Bolivia evaluation, which will be carried out from July through September 1999.

Improving the Quality of Care Through Policy and Training

In the first phase of MotherCare's work in Cochabamba (1989-1994), health providers from 18 facilities and 12 NGOs received training in IPCC, the management of problem pregnancies and deliveries, and perinatal care. However, there were no standards in place at that time to serve as the "gold standard" for provider performance.

Accordingly, MotherCare developed standards of practice (protocols) for all health care providers at the request of the MOH. These were created with the aid of representatives from the MOH, professional associations, and faculties of medicine during the second phase of MotherCare activities. These protocols were later adopted by the government as national protocols and distributed throughout the country.

Dr. Gustavo Mendoza of the Department of Maternal and Infant Health, University of San Andrés, receives a copy of the curriculum from Dr. María Elena Zabala, Regional Health Director for La Paz.

Based on the protocols, a new, competency-based training curriculum was designed. At the two newly established training centers, physicians, nurses, and auxiliary nurses were trained in a team approach in the management of perinatal and obstetric complications and IPCC. Through a facility-based supervisory system, medical instructors visited all providers after training to monitor and observe their performance, review cases, and discuss areas to be strengthened. To date, 291 health practitioners, including physicians, nurses and auxiliary nurses from health posts, health centers, and district hospitals have been trained.

Formal training evaluations are currently being conducted by MotherCare, but a recent preliminary evaluation shows that those trained six months prior to evaluation scored higher than an untrained control group on:

- prenatal care and risk assessment;
- intrapartum care;
- resuscitation of the newborn;
- management of postpartum hemorrhage; and
- IPCC skills.

The training center's classes for medical personnel in the region continue today.

In December 1998, an updated *Manejo de Complicaciones Obstétricas y Perinatales*[*] curriculum was adopted by the state universities of San Simón and San Andrés as a part of the medical students' classroom training (see Box 1 for ceremony summary and photos). The inclusion of essential obstetric and newborn care in the medical school curriculum ensures that new physicians will possess an appropriate level of skills in this vital area from the start of their careers—a major step forward!

Box 1—Safe Motherhood Training Incorporated into Bolivian Medical School Curriculum

In efforts to build capacity and sustainability, MotherCare/Bolivia has worked closely with the national, district and municipal governments since 1989, to decrease maternal and neonatal mortalities and morbidities in Bolivia. During the second phase of MotherCare activities (1994-1998), MotherCare/Bolivia joined the National Secretariat of Health to develop national protocols for obstetric and neonatal care for health posts, health centers, and district hospitals. A competency-based curriculum based on these protocols was also developed and used to train 291 health providers in essential obstetric and perinatal care and interpersonal communications and counseling. This training began in 1996, and continues today at the two established hospital training centers.

Ministry of Health, University, and MotherCare representatives at the presentation of the new curriculum at the Universidad Mayor de San Andrés in La Paz

Many of the trainers initially selected were affiliated with the Schools of Medicine and Nursing at the Universidad Mayor de San Andrés in La Paz and the Universidad Mayor de San Simón in Cochabamba. This important link with medical school faculty led to negotiations among the medical schoos, the Ministry of Health, and MotherCare/Bolivia. The result was the signing of an agreement to modify and implement the training curriculum for the medical and nursing students of the universities. Now lessons on essential obstetric and neonatal care and interpersonal communications and counseling are taught the year before the students' field practicum.

December 3, 1998, marked the presentation of the basic training curriculum during a ceremony at the Universidad Mayor de San Andrés in La Paz, Bolivia. Representatives of the Ministry of Health, the two universities, USAID/Bolivia, international organizations, local NGOs, and MotherCare were present. The Ministry of Health's General Director of Health Services, Dr. Oscar Landivar, pledged the Ministry's commitment to put into effect and uphold the agreements to assist the university professors. He noted their importance to the well-being of the country.

Representatives from MotherCare/Bolivia, including Dr. Guillermo Seoane and Dr. Miguel Angel Ugalde, closed the ceremony with an emphasis on the different parties involved in the implementation of programs on reproductive health—from the care given by village birth attendants to professional care given at the main maternity hospitals. Dr. Seoane highlighted that in this spectrum of care, the training of *all* health personnel in the management of obstetric and perinatal emergencies is of vital importance.

* Management of Obstetric and Perinatal Complications

Taking Maternal Health Measures to a National Level

A study of maternal and congenital seroprevalence conducted by MotherCare with the technical support of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention in 1996-1997, showed that maternal syphilis had a prevalence of at least 4.3 percent of all live births and a 23 percent prevalence in stillbirths. These disturbing statistics stimulated the Bolivian MOH to develop a new national plan and policy for the elimination of maternal and congenital syphilis to be implemented during 1999 and 2000. The program will be carried out in partnership with the MOH, the Pan American Health Organization (PAHO), UNICEF, and MotherCare. Training manuals on the prevention and control of syphilis in maternal and child health programs have already been adapted from a MotherCare project piloted in Kenya.

Included in the training manuals is the use of Rapid Plasma Reagin (RPR) technology. The Kenyan project demonstrated a cost-effective means to decrease maternal/congenital syphilis through one antenatal care visit, during which pregnant women were screened using RPR and if found sero-positive, treated with one shot of benzathine penicillin. The curriculum was recently reviewed by representatives from 18 countries in a PAHO meeting in Santa Cruz, Bolivia, and it is being considered for possible expansion across the region.

The Kenyan project demonstrated a cost-effective means to decrease maternal/congenital syphilis through one antenatal care visit, during which pregnant women were screened using RPR and if found sero-positive, treated with one shot of benzathine penicillin.

Findings

Following Uvin and Miller's methods of scaling-up (see *Introduction*), MotherCare/Bolivia strongly emphasizes the use of *political* collaboration to achieve its objectives:

- joining with the MOH to create protocols—now distributed throughout the country;
- implementing the *Warmi* methodology nationwide through NGOs and local MOH departments;
- supporting the medical schools' competency-based curriculum on obstetric and newborn case management; and
- supporting the national plan for the elimination of maternal and congenital syphilis, including the promotion of national policy to integrate maternal syphilis screening into antenatal services.

The Ministry is also observing a new MotherCare pilot project for possible national adoption. In MotherCare's areas, the project trains facility staff in the use and analysis of standardized medical registers for informed decision making. *Quantitatively*, MotherCare/Bolivia has increased the numbers of medical personnel (physicians, nurses and auxiliary nurses) trained together in a team approach in obstetric and neonatal care and IPCC skills. The *Warmi* methodology expanded from one community to 513 communities, teaching women's groups to identify and solve their health problems. Finally, the communication strategy also greatly increased the audience size. MotherCare/Bolivia initiatives have expanded *functionally* to include important activities in other areas such as community programs for the reduction of maternal anemia and the costing of obstetric and newborn services (see Box 2).

To ensure continuation of MotherCare activities, MotherCare/Bolivia has presented to the Ministry a sustainability plan with next steps for each of its interventions. The staff will work with the MOH in the implementation of the plan as necessary.

See Table B for a timeline of MotherCare/Bolivia's activities over the past decade. Also, a list of MotherCare/Bolivia materials produced during its second phase is available in the Spanish language section of this issue on page 23.

Box 2—Cost Study of the Mother-Baby Package in Bolivia

In the mid-1990's, Bolivia decentralized its health system and implemented the National Insurance for Mothers and Children program (SNMN by its Spanish acronym) in efforts to reduce maternal and under-five mortality. Municipalities, on a per capita basis, now receive 20 percent in national revenues and take responsibility to provide for the needs of the local population. Approximately three percent of the monies allocated for "investment" (85 percent of total allotment, as required by the government) are contributed to a Local Compensatory Health Fund to pay for SNMN-related expenses.

MotherCare, in collaboration with WHO and Partnerships for Health Reform (PHR), conducted a survey to analyze the cost of providing the services presently covered by SNMN and future costs if the proposed, new national standards, are implemented. These figures were then compared to the resource allocation set by SNMN. WHO's *Mother-Baby Package* Costing Spreadsheet (MBPCS), an easy-to-use, Microsoft Excel-based tool, was utilized in the study of costs at the three different levels of health facilities (hospitals, health centers, and health posts) in MotherCare's five districts.*

MotherCare and WHO discovered that maternal-neonatal care in the five districts currently costs an average of $2.84** per capita, per year. The costs vary per district, depending on the number of service centers available for the given population. In order to provide maternal-neonatal health care, according to the new national standards, it will cost $4.60 per capita at the current 60 percent coverage rate. However, to achieve the Bolivian government's goal of 90 percent coverage at the new national standards, the per capita rate will be $6.83, requiring an increase of $3.99 per capita per year (see Table 1).

It is important to note that the largest increase in cost between the current services (a 60 percent coverage rate) and those under the new standards (a 90 percent coverage rate) is in maternity care (see Graph 1). This is mainly because it is the most comprehensive of the services, encompassing antenatal, delivery, and postpartum care, and there is the largest demand for this intervention. It accounts for 50 percent of the total additional cost.

Table 1—Summary of Current, Standard and Additional Costs by District in U.S. Dollars

	Current cost of maternal-neonatal health care services (60% coverage)		Cost of providing maternal-neonatal care according to new standard (90% coverage)		Cost difference between current and new standard package	
District	Total Cost	Cost per Capita	Total Cost	Cost per Capita	Total Cost	Cost per Capita
El Alto	413,914	2.76	830,541	5.54	416,627	2.78
Santiago de Machaca	238,706	2.63	666,194	7.33	427,488	4.70
Valle Bajo (Quillacollo)	827,050	3.06	2,088,408	7.73	1,261,358	4.67
Sur Oeste (Capinota)	150,568	3.42	334,817	7.60	184,249	4.18
Valle Puna	246,593	2.31	595,123	5.58	348,530	3.27
Total	1,876,831	2.84	4,515,083	6.83	2,638,252	3.99

MotherCare/Bolivia, 1998

* World Health Organization, *Mother-Baby Package* (Geneva: WHO, 1998).

** All monetary figures are in U.S. dollars.

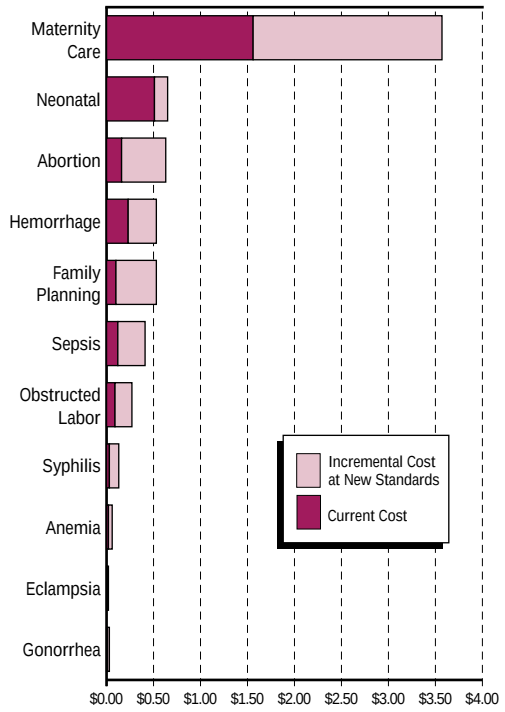
Box 2—Cost Study of the Mother-Baby Package in Bolivia *(continued)*

In addition to understanding the actual costs of treatment, MotherCare looked at the financing of these activities. The goals of the SNMN require the system to be monetarily self-sustaining. Recognizing this, MotherCare compared the SNMN reimbursements rates (from the government to the health service facilities), the costs of the current services provided, and the costs of services if provided according to the new standards (those which are listed in the *Mother-Baby Package*).

Some of the SNMN interventions, such as management of childhood illness, are not included in the *Mother-Baby Package*. Similarly, treatment of abortion complications and severe anemia are not covered under SNMN (although they may be in the future). Of the interventions that *were* comparable, current SNMN reimbursement rates were almost always *lower* than the cost of the current treatment. The difference was greater when the *new* national standards were compared to the present reimbursement rate. Additionally, the current reimbursement rate only covers variable costs, not salaries or infrastructure (see Graph 2).

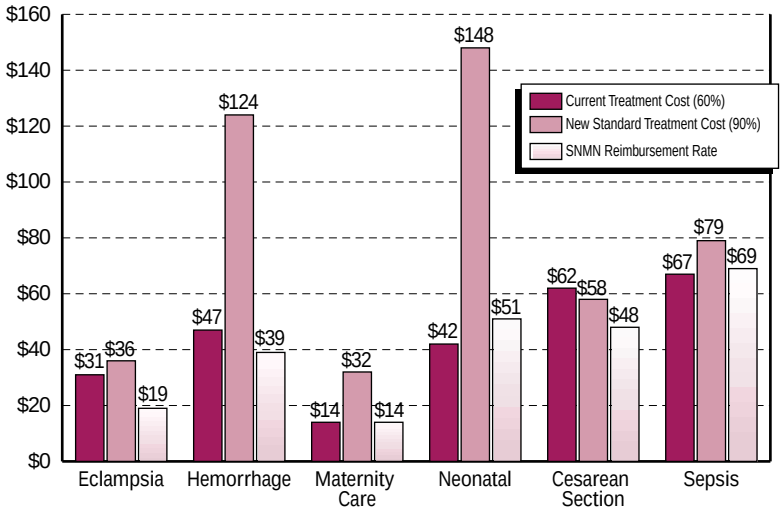
This study highlights the need for governments, local and national, to have accurate cost information when implementing new health reforms. The WHO *Mother-Baby Costing Model* can be used to better estimate the fixed and variable costs incurred at the individual facilities, allowing funds to be assigned in a more efficient manner. MotherCare has distributed its findings from this study to key MOH officials and the local municipalities.

Graph 1—Current and Incremental Cost by Intervention (US$ per capita)



MotherCare/Bolivia, 1998

Graph 2—Difference Between Actual Treatment Costs and Reimbursement Rates (Variable Costs Only [US$])



MotherCare/Bolivia, 1998

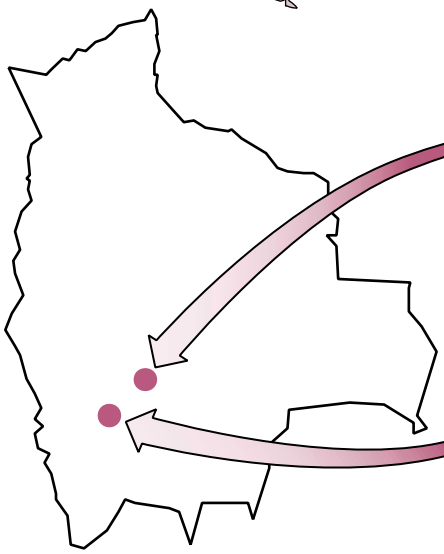
MotherCare/Bolivia 1989-1999

Total Population Covered, 1993 ➡ **136,000**

Total Population Covered, 1999

- **Quality of care, access, and demand programs** ➡ **656,000**
- **National programs** ➡ **7.7 million**

1989-1994



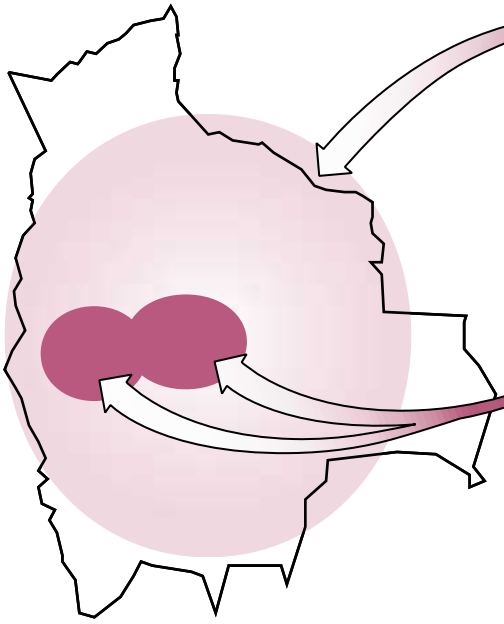
Cochabamba Pilot Project

- **Improving quality of care and research**
- **Training in 18 health service facilities and 12 NGOs**

Warmi Pilot Project in Inquisivi

- **50 local groups of almost 1000 women**

1994-1999



National Programs

- **IEC/C***
- **Prevention of Maternal and Congenital Syphilis**
- **National protocols for maternal and perinatal care**
- ***Warmi* project**

Improving Quality of Care, Access and Demand
in 7 Health Districts, serving health posts, centers and district hospitals

- **EOC** & IPCC*** training**
- **Mother-Friendly centers**
- **Medical school curriculum in two universities**
- **Pilot of standardized registers**
- **Anemia program**
- **Community/facility-based IEC/C strategy (leads to national program)**

* Information, Education, Communication and Counseling
** Essential Obstetric Care
*** Interpersonal Communication and Counseling

MotherCare/Bolivia, 1999

Table B—MotherCare/Bolivia Initiatives			
MotherCare Phase I (1989-94) Inquisivi (I) and Cochabamba (C) Pilot Projects			
Year	Community Involvement/ Increasing Demand	Quality of Care/Facilities	Government Involvement
1990	Fifty women's groups begin the use of autodiagnosis methodology (I)	Quantitative and qualitative research on provider skills and services is conducted (C)	
1991	Qualitative and quantitative research on women's knowledge, attitudes and practices with regard to reproductive health is conducted (C)		
1992	*Warmi* manuals are reproduced and 45 local birth attendants are trained as part of plans of action to improve maternal health (I) Educational materials are created to improve knowledge of maternal health (I, C)		
1993	Women's *Warmi* groups continue at varying stages of methodology, including action plan implementation and evaluation. As a result, perinatal mortality decreases and family planning increases—tetanus toxoid, prenatal visits, immediate breastfeeding occur (I) (1993-94)		
1994		Health providers in a total of 18 facilities and 12 NGOs are trained in IPCC* and management of complications (1990-94) (C)	MotherCare participates in national subcommittee meetings on health (1990-94) (I, C)
MotherCare Phase II and Present (1994-99) La Paz, Cochabamba and National Programs			
Year	Community Involvement/ Increasing Demand	Quality of Care/Facilities	Government Involvement
1994	*Warmi* autodiagnosis methodology becomes an important part of national health plan, and MotherCare supports Save the Children to implement it across the country (1994-98)		Meetings with Ministry of Health (MOH) officials are conducted to develop protocols
1995	Community diagnosis and validation studies are conducted	Technical assistance is provided to an auxiliary nursing school to develop/update a reproductive health curriculum Situation analysis of facilities and health provider skills is conducted	

* Interpersonal communication and counseling

Table B continued on next page

Table B—MotherCare/Bolivia Initiatives *(continued)*			
MotherCare Phase II and Present (1994-99) La Paz, Cochabamba and National Programs			
Year	Community Involvement/ Increasing Demand	Quality of Care/Facilities	Government Involvement
1996	IEC strategy and workplan are created	Syphilis seroprevalence study is conducted with CDC Competency-based curriculum and manual for essential obstetric care (EOC) and IPCC is completed	Protocols are approved by the MOH and distributed nationally A cost study is developed in five districts for municipality dissemination and use
1997	A 60-chapter radio soap opera on Safe Motherhood, 20 spots for husbands, one song, five publicity spots, and one summary are created. The soap opera airs on five stations in MotherCare districts (1997-98) and is rated "Most Listened To" drama in La Paz	Training for doctors and other health practitioners begins with new EOC/IPCC curriculum in two new hospital-based training centers Syphilis study results are published and distributed Thirty health centers implement more "culturally appropriate" activities and become *mother-friendly*	MotherCare meets with First Lady's committee on prevention of nutritional anemia (1997-99)
1998	Program to distribute iron pills through community personnel is implemented *Warmi* methodology is implemented in 513 communities throughout Bolivia Training in anemia counseling is provided to community health workers	A total of 291 health practitioners are trained in EOC/IPCC Providers receive training in anemia counseling Standardized registers are piloted	Recommendations to improve coverage of iron pill supplementation are sent to the MOH MotherCare assists the MOH in the review and revision of the national health information system MotherCare aids the MOH in the development of a National Plan for the Elimination of Maternal and Congenital Syphilis with possible expansion to other Latin American countries Agreement is signed with universities to incorporate a Safe Motherhood curriculum in the medical students' program
1999	Community-based IEC strategies continue A 60-chapter radio soap opera re-airs over five stations Monitoring and supervision of the anemia component continues	Facility-based IEC strategies continue Data gathering commences at health facilities in MotherCare program areas for final evaluation Training supervision continues	MotherCare develops a sustainability plan and presents it to the MOH Promotion of the participation of government officials continues through national and departmental meetings

Section Three

The Scaling-Up Experience

Lessons Learned from Scaling-Up

Country Specific Lessons

Scaling-up successful pilot projects depends largely on cultural, political, societal and organizational factors. These factors have largely contributed to the differences in MotherCare's scaling-up approaches in Guatemala and Bolivia.

The increase in the impact of MotherCare/Guatemala's activities was largely of a *quantitative* nature. The broad replication of its activities can be attributed to the assistance of several entities. Preeminent was the local governments' support of MotherCare's efforts and their requests of MotherCare to implement activities in their areas of responsibility. MotherCare also received support from the USAID Mission in Guatemala and other donors (EU, UNICEF, UNFPA) and NGOs (Christian Children's Fund, Population Council), who replicated MotherCare's methodology in other areas of the country with MotherCare advisement and materials. The Guatemalan national government had less influence than Bolivia's on the scaling-up of activities, as it was largely occupied with the recent peace process and had several changes of personnel in the health arena. Had more central support been gained, possibly through better "marketing" of the MotherCare activities, the degree of scaling-up may have been greater—this is not clear given the timing of other political events in Guatemala.

Bolivia's scaling-up was strongly and positively influenced by *political* factors. MotherCare's activities coincided fortuitously with the national government's pursuit for Popular Participation and the decentralization of authority to the municipal level. Hence, the government was receptive and even sought assistance in improving the new policies. MotherCare/Bolivia also encouraged government support by actively involving key decision makers from the initial assessment stage to the frequent evaluation meetings. These individuals included the First Lady of Bolivia, the Minister of Health, health department directors from national and district levels, and the governors of the municipalities. Their support permitted the adoption of protocols, the IEC strategy, the protocols, the syphilis program, and the *Warmi* methodology at a national level.

At the local level, MotherCare/Bolivia sought support from the community and local providers to help facilitate scaling-up. It asked them about their specific needs and measured knowledge levels before implementing measures. For example, with the mother-friendly centers, MotherCare asked the communities how health services could be more culturally-sensitive and friendly to them. And it asked the health providers what aspects of the community's culture they could incorporate into their services.

Conversely, growth of programs in Bolivia was slowed with each change of key decision makers within the government structure—activities would need to be explained and commitments reestablished. Scaling-up was also hindered by the transition of workers at the health providers' level. Medical doctors were assigned for only one year to rural areas, preventing commitment to the new standards, local adaptation of practices, continuity for clients, and possibly the development of a trusting relationship.

General Lessons

The scaling-up of programs is often spontaneous, but it can be planned. Initial program-

ming with the pilot projects in Bolivia and Guatemala helped MotherCare set the stage for scaling-up. Yet even if pilot projects do not have a significant impact on health, they allow an organization to learn how to carry out project tasks efficiently, as well as recognize who the gatekeepers are and how to work with them— important for the next stage.

Planning for the scaling-up of activities in its second phase (1994-1998), MotherCare hoped to increase impact by incorporating different audiences, developing the capabilities of institutions, expanding geographically, and integrating programs. Aside from planning, MotherCare used opportunities as they presented themselves, such as the acceptance of MotherCare/Guatemala to implement programs at the European Union's request and funding. MotherCare also did not grow too rapidly, avoiding a breakdown in the quality of activities. Growth was limited by funding constraints, allowing the field offices to improve their organizational capabilities gradually. These organizational capabilities and the all-national staff of the MotherCare/Bolivia and /Guatemala teams ensured an understanding of the local situation and a facility in working at several levels of the health hierarchy.

Reflecting on MotherCare's experience with the different types of scaling-up, *quantitative* scaling-up may be an easier way to increase impact. No new skills are usually entailed and the same authorities are involved. These individuals are more willing to grant approval after witnessing previous successes. *Functional* and *political* scaling-up require influencing and networking across institutional and individual lines of authority, and it depends more on opportunity. With such opportunity, however, one may be able to increase impact more quickly, as compared to *quantitative* scaling-up.

MotherCare combined several scaling-up approaches to increase the impact on maternal and neonatal health over its decade of work in Guatemala and Bolivia. Some of these efforts have gone nationwide. Some are still in progress. Over the next year, as MotherCare completes its activities and evaluations in these two countries, it is hopeful that the widely disseminated results of the evaluations will allow others to learn from MotherCare's successes and mistakes in scaling-up the efforts to improve maternal and newborn health and survival.

Section Three

The First Lady Visits MotherCare/Guatemala

A Speech by Hillary Rodham Clinton

Hermano Pedro de Betancourt Hospital
Antigua, Guatemala
November 18, 1998

Photo by Arbara Kinney

First Lady Hillary Rodham Clinton observes a TBA training session

Thank you very much. I am absolutely delighted to be here. I want to add my word of greetings to all who are gathered here. To Mrs. Patricia de Arzú, the Minister, ambassadors, and all associated with this hospital. I particularly appreciate Dr. José del Busto and Marco Tulio Sosa, Dr. Elizabeth de Bocaletti and Ms. Leticia Toj for the work that they have done in creating this program and in providing needed medical care for so many women and children. Thank you for the opportunity to visit this hospital and to see firsthand, as I did, the training of the midwives who are seated behind me and educated me in a very short period of time about what the difference training means to their ability to care for women.*

It is very important that we recognize that here in Guatemala maternal mortality has been, and remains, a very serious issue, as Dr. Bocaletti said.** You are to be congratulated for making Safe Motherhood a major focus of the health care proposals and programs here. The fact that the Guatemala peace accords set a goal to reduce maternal and infant mortality rates by 50 percent over the next five years is a real testament to the understanding of the leaders who devised the peace accords. Because, as I have said on several occasions already here during my visit, it is one thing to end armed combat and persuade combatants to put down their weapons, but it is an entirely different thing to make peace meaningful in the lives of people. And to a family, the loss of a member through combat or the loss of a mother to unsafe delivery is the same kind of loss. So the fact that you recognize in the peace accords that you had to do something about maternal and infant mortality is a great testament to the wisdom of the Guatemala leaders and people. You have been making progress over the past 20 years, reducing mortality by 40 percent, yet it is true that Guatemala still has the highest infant mortality rate in Central America. So this is an urgent problem. As urgent, again as Dr. Bocaletti said, as the loss of life from Hurricane Mitch.

It is also clear that you have recognized that your nation's indigenous people have historically had less access to health care services than the rest of the population. As a consequence, infant and maternal mortality in rural

* First Lady Clinton is referring to traditional birth attendants (TBAs) trained by MotherCare.

** On November 18, 1998, the First Lady's speech followed that of MotherCare/Guatemala Project Director, Elizabeth de Bocaletti. A transcript of Dr. Bocaletti's speech follows.

indigenous communities is more than double the national average. And only one in three indigenous mothers can get a sick child to a formal health clinic. And only one in four receives professional prenatal care. And fewer than 20 percent have access to family planning services. That's why what you are doing here at this hospital is so very important.

Photo by Patricia De León Toledo

You are not only improving the health of women and children, but you're showing a sensitivity to your patients, ensuring that the doctors, nurses, and midwives who care for them can speak to them in their own language. By showing sensitivity to their customs and understandings, you are also building trust between different communities. And the most important element of the success of the peace accords, I believe, is the development of trust. I am pleased that the United States government has been your partner as you work to overcome the inequities in access to health care that keep so many women, particularly indigenous women, from receiving the integrated health and family planning services that they need to lead healthy lives.

Guatemala's health strategy builds, in part, on a USAID pilot program called MotherCare. MotherCare means exactly what it says–that we have to care for mothers. And as I have been privileged to travel around the world, I have seen many different societies improve the care of mothers. I was thinking, as I watched the midwives perform their role-playing for me, where the father summoned a midwife who was not trained at first to take care of his wife, the mother of his children, and then when it was clear that the untrained midwife did not know what to do, the father summoned the trained midwife, who understood immediately what the problem was and took care of the mother. I was thinking of being in a place very far from Guatemala–Nepal in the Himalayan mountains. I went to a similar occasion where the midwives there were also learning what it meant to take care of mothers. They too were practicing "mother care." And it's not all that complicated if we train midwives to recognize what they can do well and then to feel comfortable in referring patients who need medical care to a hospital in time to receive it.

Because you have been making so much progress and because of Guatemala's commitment to lowering maternal and infant mortality, I am very pleased to announce a $1.6 million contribution to the USAID-funded MotherCare project.*** This contribution will support Guatemala's efforts both within the government and with NGOs, to improve women's access to basic health services. I am particularly pleased that this program involves indigenous families, especially women, in designing, implementing, monitoring and evaluating these efforts. I think it is important that we ask the customers of health care, as we ask the customers of any other service, if they are getting what they need, if they feel comfortable with their health care providers, what else could be done to improve the outcome of their health services?

I'm also very pleased to announce that we brought with us from the United States a fetal monitor. We were told that the hospital needed a fetal monitor. And this piece of machinery will help keep both mothers and their babies alive and healthy. I would like to thank

*** The monies appropriated were for Guatemala's maternal and neonatal health effort.

General Electric Medical for this generous donation of the fetal monitor.

As the people of Guatemala make your transition, your historic transition from war to peace, you have recognized that access to education and to health care are fundamental rights of all citizens. And I congratulate everyone associated with this hospital, everyone associated with community efforts that train midwives and help provide better access, and I congratulate the government for understanding the importance of health care as a means of uplifting people's aspirations and hopes and making clear that they are valued members of a larger community. My country is committed to working with you as the health and welfare of the people of Guatemala is improved, and as you build a stronger, more peaceful, prosperous and democratic nation. Thank you very much for letting me see the progress you are making.

Photo by Otto Guzmán

The First Lady and MotherCare-trained TBAs

A Speech by Dr. Elizabeth de Bocaletti, Project Director, MotherCare/ Guatemala

(preceded that of First Lady Hillary Rodham Clinton)

Hermano Pedro de Betancourt Hospital
Antigua, Guatemala
November 18, 1998

Almost 600,000 women in the world die each year from pregnancy-related causes. Of these, 99 percent occur in developing countries like our own. In Guatemala, the number of these deaths each year surpasses the number of Guatemalans who tragically lost their lives in the recent hurricane, Mitch. The difference being that the majority of maternal deaths occur in rural areas, isolated from health services, and often these deaths go unregistered and unrecognized. What makes this situation so sad is the majority of these deaths are due to preventable causes, not to rare syndromes requiring sophisticated technology. Just last month, two women died in a community in Sololá—one in her first pregnancy and the second leaving 12 young children without their mother.

The people of the United States and the Clinton government have supported an intervention in Guatemala through USAID and the MotherCare Project. Together with the Ministry of Health, which is greatly committed to maternal health at both the central and local levels, we have been able to inform women, their husbands, and families about maternal health care and the identification of danger signs that may lead to death. We have also been able to bring the TBAs closer to the health services, while at the same time assisting health services to provide quality resolution to maternal complications.

Every woman has the right to reproduce safely, despite her social and economic level or ethnic background. Let there be no more deaths in exchange for life. Together we can work towards having healthy mothers, healthy children, and happy families in Guatemala.

MotherCare Matters is a quarterly newsletter and literature review on maternal and neonatal health and nutrition produced by the MotherCare Project. MotherCare is funded by the Office of Health and Nutrition, U.S. Agency for International Development (Contract No. HRN-C-00-98-00050-00) and implemented by John Snow, Inc., and its subcontractors, the American College of Nurse-Midwives, Family Health International, Program for Appropriate Technology in Health and the London School of Hygiene and Tropical Medicine. The opinions expressed herein are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of USAID and John Snow, Inc.

Inquiries, changes of address and other correspondence should be directed to: ***MotherCare Matters,*** John Snow, Inc., 1616 North Fort Myer Drive, 11th Floor, Arlington, VA. 22209, USA. ***MotherCare Matters*** may be reproduced and distributed freely.

Marjorie Koblinsky and Suzanne Jessop, Technical Editors
Carla Chladek, Managing Editor
Carla Chladek and Suzanne Jessop, Production and Distribution Coordinators

MotherCare wishes to acknowledge those in the field offices who greatly assisted in the creation of this issue, including MotherCare/Guatemala's Elizabeth de Bocaletti and Patty de León and MotherCare/Bolivia's Guillermo Seoane, Stanley Blanco, and Liliana Medinaceli. We are also very grateful to David Pyle, JSI/Basics and Colleen Conroy, JSI/MotherCare for their editorial comments. Assistance by Maria Eugenia Morales, who recorded the visit by Hillary Rodham Clinton, and the Office of the First Lady was essential, as was the input of Patsy Bailey, Family Health International and Elizabeth Arteaga, Save the Children/Bolivia.

MotherCare™

John Snow, Inc.
1616 N. Ft. Myer Dr., 11th Floor, Arlington, VA 22209
Tel: 703-528-7474
Fax: 703-528-7480

USAID

U.S. Agency for
International Development
Office of Health

Visit our website at **http://www.jsi.com/intl/mothercare**

Volumen 8, Número 2—Agosto de 1999

MotherCare™ Matters

Boletín Trimestral y Reseña Bibliográfica sobre
Salud y Nutrición Materna y Neonatal

La ampliación del Proyecto MotherCare

Introducción

MotherCare ha venido trabajando para mejorar la salud materna y perinatal durante más de diez años. En el momento de su fundación en 1989, sus actividades se concentraban en la ejecución de proyectos piloto, tres de los cuales estaban localizados en comunidades de Bolivia y Guatemala. Esos proyectos formaron la base de las actividades ampliadas que continúan hasta hoy. Si bien la expansión de las actividades en esos dos países no es idéntica, es evidente el progreso emanado del trabajo del personal de MotherCare en colaboración con funcionarios públicos y de ONGs.

¿En qué consiste una ampliación acertada?

"El éxito… es… una intervención que… se puede trazar a escala declaró" hace poco Malcolm Potts, Presidente de Family Health International, en una conferencia sobre la infección por el VIH/SIDA celebrada en Nairobi.[1] Ese sentimiento expresa la realidad de que muchos proyectos piloto tienen éxito porque entrañan un menor número de grupos de población, actividades y autoridades decisorias, pero la complejidad de la ampliación de un proyecto a menudo conduce a su fracaso.

Una ampliación acertada se define como el *aumento del impacto* de una intervención, al mismo tiempo que se mantiene la calidad.[2,3] Los sociólogos ofrecen varias formas de ampliación de las actividades de los proyectos y citan muchos factores que pueden afectar al progreso de esas iniciativas. En realidad, cuando se examinan los proyectos que han tenido más impacto, no hay una sola fórmula para el éxito. Las clases de ampliación explicadas por Peter Uvin y David Miller, autores de *Paths to Scaling-up: Alternative Strategies for Local Nongovernmental Organizations*, comprenden la mayoría de los métodos de ampliación previamente definidos por otros sociólogos, pero no hay un consenso sobre una definición.[4]

¿En qué consiste una ampliación?

La ampliación *cuantitativa* es el método en que piensa la gente a menudo cuando se discute la expansión de un proyecto. Comprende un aumento del número de clientes atendidos, ya sea mediante diferenciación del público o de la zona geográfica, a menudo por medio de la duplicación de un proyecto piloto acertado. El método *funcional* entraña la expansión del número y tipo de programas realizados por la misma organización y puede estar relacionado o no con la escala de operaciones del momento. Por ejemplo, un programa de generación de ingresos puede agregar un componente de salud o educación, o un grupo que enseñe a las parteras a reconocer las complicaciones obstétricas puede impartir enseñanzas de prevención de la

Hillary Rodham Clinton Visita MotherCare/Guatemala

Veáse pagina 19 para el texto de un discurso hecho por la Primera Pama en Guatemala (aqui está la Primera Dama con la Dra. Elizabeth de Bocaletti, Directora del Proyecto, MotherCare/Guatemala.

Foto por Otto Guzmán

anemia. La ampliación *política* ocurre cuando un programa de desarrollo aborda las causas radicales de un problema. Suele entrañar ya sea movilización de una comunidad o colaboración con organizaciones políticas que tienen el poder y los recursos necesarios para influir en el cambio por medio de políticas, reforma jurídica o asignaciones presupuestarias. Por último, el método *institucional* busca ampliar los recursos financieros, quizá por medio de recuperación de costos, o los recursos de capital humano, por medio de formación práctica, para incrementar el impacto. Los programas MotherCare planeados durante la segunda fase (1994-1998) han incorporado varios de esos métodos para lograr un mayor impacto en la salud y la supervivencia de la madre y del recién nacido en Bolivia y Guatemala.

La ampliación puede ser cuantitativa, funcional, política e institucional y aplicarse en conjunto o individualmente, según el diseño y las circunstancias de cada programa.

En el presente número encontrarán los lectores ejemplos del progreso alcanzado por MotherCare en la ampliación de sus actividades en Bolivia y Guatemala en los últimos diez años. También se destacan dos importantes acontecimientos ocurridos en esos países. En la página 19 se presenta el discurso pronunciado por la Primera Dama de los Estados Unidos, Hillary Rodham Clinton, sobre la importancia de las actividades de maternidad sin riesgo, durante su visita a MotherCare/Guatemala en noviembre de 1998. A continuación de ese discurso se incluyen las observaciones de la Dra . Elizabeth de Bocaletti, Directora del Proyecto MotherCare en Guatemala. En el recuadro 1 en la página 10 se incluye un artículo relativo a la ceremonia de introducción del currículo de MotherCare sobre el *Manejo de Complicaciones Obstétricas y Perinatales* en las facultades de medicina de San Simón y San Andrés en Bolivia.

Suzanne M. Jessop
Assistente de Programas, MotherCare

1 Malcolm Potts, *Scale Up and Hurry Up.* Alocución de resumen de observaciones durante la Conferencia sobre el Programa II de África: integración de la infección por el VIH/SIDA/ETS a la planificación familiar, celebrada en Nairobi, Kenya (1998).

2 Peter Uvin y David Miller. "Paths to Scaling-up: Alternative Strategies for Local Nongovernmental Organizations", *Human Organization* 55(6):344-354 (1996).

3 Michael Edwards y David Hulme, *Making a Difference: NGOs and Development in a Changing World* (Londres: Earthscan Publications Ltd., 1992).

4 Peter Uvin y David Miller, "Paths to Scaling-up: Alternative Strategies for Local Nongovernmental Organizations", *Human Organization* 55(6):344-354 (1996). Estos autores examinan los marcos de ampliación de Robert Berg, 1987; Julie Fisher, 1993; John Clark, 1991; Goran Hyden, 1992; y Mick Howes y M. G. Sattar, 1992.

Primera Sección

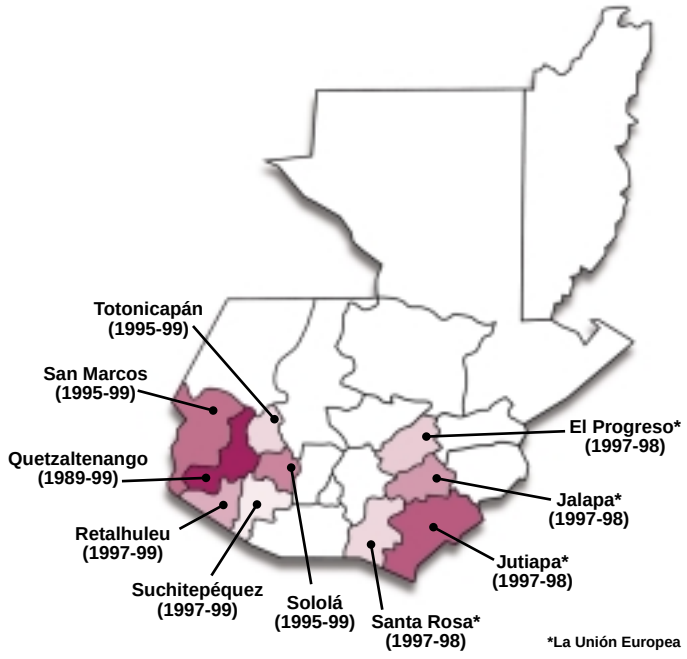
MotherCare/Guatemala

Progreso alcanzado en Guatemala en el decenio

Durante sus primeros cinco años (1989-1994), MotherCare/Guatemala realizó varias actividades en la zona piloto de Quetzaltenango (que tiene una población aproximada de 600.000 habitantes). Las investigaciones formativas iniciales revelaron que las mujeres no solían ir al hospital cuando surgían complicaciones del embarazo o del parto y que las comadronas* no remitían a sus pacientes a los hospitales por el mal trato que recibían allá (tanto las mujeres embarazadas como las comadronas). Varios estudios suplementarios mostraron que muchas mujeres llegaban a los hospitales en estado crítico por causa de la demora del envío. En respuesta a esas investigaciones, MotherCare/Guatemala puso en práctica un método de varios niveles, con actividades planeadas en las comunidades, los dispensarios de salud locales y los hospitales regionales y departamentales. Todas esas actividades se ampliaron después de 1994 a medida que el programa MotherCare se desplazó a varias otras regiones.

En 1995, se iniciaron actividades en varias comunidades y establecimientos de salud en las tres nuevas areas de salud de San Marcos, Sololá y Totonicapán, además de Quetzaltenango. En 1997, se agregaron otras dos areas (Suchitepéquez y Retalhuleu), con una población total de 2,5 millones de habitantes. La Unión Europea también adoptó y financió el modelo de MotherCare en cuatro de sus areas dentro de Guatemala con asistencia técnica de MotherCare (con una cobertura de otras 860.000 personas).

Expansión Regional de MotherCare/Guatemala



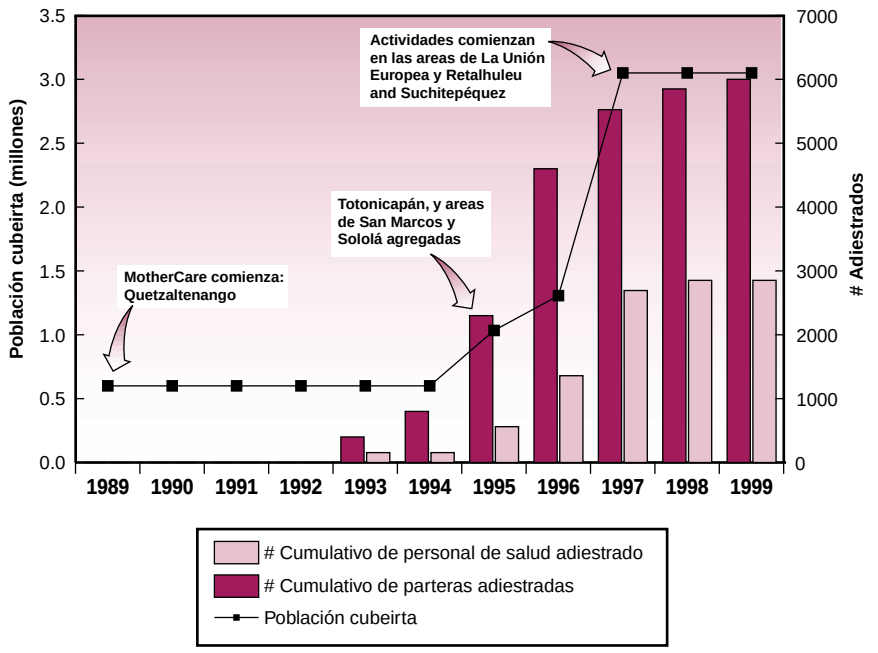
MotherCare/Guatemala, 1999

Mejora de la calidad de la atención por medio de capacitación comunitaria

Dentro de las actividades del proyecto piloto de Quetzaltenango (1989-1994), se elaboraron un manual y una guía de capacitación empleados para impartir instrucción a 20 capacitadores de comadronas y a más de 400 comadronas para enseñarles a reconocer las señales de peligro durante el embarazo y el parto y a remitir más oportunamente a las pacientes a otros servicios. Puesto que de 60 a 70% de las mujeres embarazadas de Guatemala reciben atención obstétrica de comadronas (este porcentaje se eleva a 90% en las areas rurales), MotherCare reconoció la necesidad de trabajar con ese grupo. Una vez hechos algunos ajustes del currículo después de la evaluación, MotherCare y la Unión Europea, en seis y cuatro areas de actuación, respectivamente, capacitaron a más que 5500 comadronas en el lapso de un decenio (1989-1998). MotherCare y otras organizaciones siguen actualizando y empleando el currículo. Las encuestas recientes hechas después de la evaluación

*Comadronas son parteras tradicionales

Gráfico A—MotherCare/Guatemala Ampliación Cuantitativa



MotherCare/Guatemala, 1999

(al cabo de seis meses de la capacitación) indican que las comadronas capacitadas, en comparación con las no capacitadas, tienen el doble de posibilidades de reconocer espontáneamente las señales de peligro durante el embarazo, el parto y el puerperio y en el recién nacido y de declarar que remiten a las mujeres con esas complicaciones a los establecimientos de salud.*

Ampliación de la participación comunitaria y del acceso a la atención

Las lecciones aprendidas durante el proyecto piloto muestran la importancia que tiene para la mujer y su familia la capacidad de reconocer las señales de complicaciones obstétricas (en caso de que no reciban atención durante el parto). Como resultado, MotherCare trabajó con 79 grupos comunitarios durante su segunda fase (1994-1998) y llevó lecciones de salud materna y neonatal, incluso indicaciones sobre cuándo buscar atención médica, a unas 2000 mujeres. Además, con el autodiagnóstico, las mujeres señalaron sus problemas de salud por orden de prioridad y buscaron la forma de resolverlos.

Como resultado de la capacitación, se movilizaron varios de estos grupos en areas remotas para establecer sus propias maternidades comunitarias con el fin de duplicar el ejemplo acertado de la primera fase del proyecto MotherCare en el municipio de San Carlos Sija. En este y otros tres municipios, las comadronas y los residentes en obstetricia y ginecología de la localidad prestan servicios ambulatorios de atención prenatal, puerperal, ginecológica y de planificación familiar e identifican a los casos complicados y de alto riesgo para remisión al hospital en el vehículo de la maternidad o por medio de un sistema de transporte establecido.

Los estudios han mostrado que los costos de la atención obstétrica para la clientela y el Estado son menores en los servicios de maternidad comunitarios que en el hospital, que dichos servicios son más accesibles y culturalmente aceptables (porque se emplean los servicios de la partera preferida) y que ofrecen un método de atención centrada en la familia. Este componente recibió apoyo de una extensa campaña de información, educación y comunicación (IEC), con anuncios por la radio y material impreso en que se fomentaba el uso de los servicios de maternidades comunitarias y se enseñaba a reconocer las complicaciones.

Mejora de la calidad de la atención en los establecimientos de salud por medio de políticas y capacitación

En 1991 se elaboraron en Quetzaltenango protocolos sobre el manejo de las complicaciones maternas y neonatales para uso y adopción por los hospitales y dispensarios de salud y se dio orientación al personal de salud sobre su empleo. Además, se le enseñó la importancia de dar apoyo y ánimo a las comadronas que remiten a las mujeres a otros servicios y a mostrar compasión por las mujeres remitidas por ellas. Al final del proyecto piloto, los casos remitidos habían aumentado 200 por ciento, en

*Nota: las comadronas no capacitadas eran menos y se interrogaron en otro momento.

gran parte debido a una mejor actitud del personal de salud hacia las pacientes y de la acogida de las comadronas en el hospital para ayudar durante el parto a sus clientes enviadas a ese establecimiento.

La segunda parte de las actividades de MotherCare incluyó reuniones regulares con los funcionarios del Ministerio de Salud de varios niveles y con médicos locales para examinar los protocolos. Ese examen se realizó en 1996 con el respaldo del Ministerio de Salud y de la Asociación Guatemalteca de Ginecología y Obstetricia. Posteriormente se distribuyeron a los establecimientos de salud regionales, departamentales y locales de todo el país. La capacitación de proveedores de salud a partir de los protocolos para el tratamiento de las complicaciones maternas y neonatales y de enseñanzas prácticas de comunicación interpersonal fue una actividad basada en la competencia y MotherCare capacitó más de 1500 médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería de los hospitales de la región así como de centros y puestos de salud. Varias evaluaciones preliminares de la capacitación muestran un aumento declarado del grado de confianza en el tratamiento de los casos, particularmente entre los auxiliares de enfermería. Las evaluaciones finales de la capacitación se realizaron en junio de 1999 y se están analizando.

Resultados

Las actividades de ampliación del proyecto MotherCare en Guatemala se concentran en la duplicación *cuantitativa* de los programas de salud reproductiva, con capacitación de comadronas y proveedores de salud, vigilancia de los establecimientos y campañas de información, educación y comunicación en otras areas de salud (Ver gráfica A.)

La ampliación *funcional* es aparente en lo siguiente:

- la puesta en marcha de un sistema de acopio de datos en cuatro hospitales de distrito para vigilar la salud materna y perinatal;
- la capacitación del personal hospitalario para analizar y emplear los datos acopiados para un mejor tratamiento;
- la introducción de un programa de reducción de la incidencia de anemia, con énfasis en la capacitación del personal de servicios de salud y de las comadronas para que puedan dar orientación; y
- la realización de un estudio cualitativo y cuantitativo de la salud perinatal en la comunidad para iniciar mejores prácticas de atención neonatal.

Por último en la esfera *política*, la colaboración con el gobierno nacional ayudó a establecer protocolos sobre el manejo de las urgencias obstétricas y neonatales para uso en todo el país. El gobierno nacional tuvo menos influencia de la prevista, ya que estaba ocupado sobre todo con el proceso de paz de iniciación reciente y había habido varios cambios de personal de salud.

Véase en el cuadro A el cronograma de las actividades realizadas por MotherCare/Guatemala en el último decenio. Véase la lista de materiales producidos por MotherCare/Guatemala durante su segunda fase en la página 22 del presente número.

Cuadro A—Iniciativas del Proyecto MotherCare/Guatemala			
Fase I del proyecto piloto MotherCare en Quetzaltenango (1989-1990)1990			
Año	Participación de la comunidad/ aumento de la demanda	Calidad de la atención/instalaciones	Participación del Estado
1990	Se realiza investigación formativa sobre la opinión de las mujeres con respecto a la atención del parto en el hospital MotherCare apoya la apertura de la primera maternidad en San Carlos Sija, Quetzaltenango		
1991	Preparación de manuales para capacitadores de comadronas y para comadronas en adiestramiento	Preparación de protocolos para los hospitales y puestos/centros de salud sobre el tratamiento de las complicaciones maternas y neonatales Orientación del personal sobre el contenido y uso de los protocolos (1991-94)	MotherCare/Guatemala participa en reuniones de división y de nivel nacional (1991-94)
1992	Capacitación de 20 capacitadores y 400 comadronas en la detección, el tratamiento y la remisión oportuna de casos complicados Se invita a las comadronas al hospital a ayudar en el parto de la cliente remitida por ellas	El personal del hospital toma conciencia de la importancia de las comadronas (1991-94)	
1993			
1994	La mejora de la actitud del personal de salud y la reducción del tiempo de espera en el hospital aumentan a 200% la proporción de casos remitidos por las comadronas		
Fase II del proyecto MotherCare en Quetzaltenango, San Marcos, Sololá, Totonicapán, Suchitepéquez y Retalhuleu (1994-1999)			
Año	Participación de la comunidad/ aumento de la demanda	Calidad de la atención/instalaciones	Participación del Estado
1994	MotherCare comienza la planificación y evaluación de actividades comunitarias en San Marcos, Sololá y Totonicapán y las continúa en Quetzaltenango (2,5 millones de habitantes)	Se realiza un análisis de la situación de cuatro areas de salud MotherCare comienza actividades en varios establecimientos de San Marcos, Sololá y Totonicapán y las continúa en Quetzaltenango (2,5 millones de habitantes)	Celebración de reuniones de análisis del protocolo con el personal del Ministerio de Salud y los médicos
1995	Evaluación de las comadronas adiestradas en el proyecto MotherCare Se diseña un plan de IEC para que las mujeres conozcan mejor las señales de peligro Comienza el proceso de establecimiento de otras maternidades comunitaria	Se prepara el currículo de capacitación basado en la competencia para enfermeras y médicos Se crean indicadores y un sistema de vigilancia de la salud materna y perinatal en los hospitales (1995-1999)	MotherCare participa en la Encuesta Nacional de Micronutrientes

Cuadro A—Iniciativas del Proyecto MotherCare/Guatemala *(continuado)*			
Fase II del proyecto MotherCare en Quetzaltenango, San Marcos, Sololá, Totonicapán, Suchitepéquez y Retalhuleu (1994-1999)			
Año	Participación de la comunidad/ aumento de la demanda	Calidad de la atención/instalaciones	Participación del Estado
1996	Revisión, validación y distribución de material didáctico para comadronas en las actividades de capacitación Se reanuda la capacitación de capacitadores y de comadronas (1996-98) Se realiza investigación formativa para determinar la actitud y el comportamiento que rodean a la anemia Capacitación de comadronas en control de la anemia y consejería al respecto Producción y divulgación de anuncios por radio y material impreso, incluso mensajes sobre la anemia (1996-98)	Capacitación de enfermeras y médicos de los hospitales (1996-98) Capacitación en control de la anemia y consejería al respecto en los hospitales	El Ministerio de Salud y la Asociación de Obstetricia y Ginecología de Guatemala finalizan y respaldan los protocolos; luego se distribuyen a los distintos niveles del sistema de atención de salud
1997	Las maternidades comunitaria se promueven en anuncios por radio y material impreso La Unión Europea duplica las actividades comunitarias en cuatro regiones (859.529 habitantes) Ampliación de las actividades comunitarias a Retalhuleu y Suchitepéquez, dos nuevas areas de salud (606.921 habitantes) MotherCare prepara un manual sobre la movilización de grupos de mujeres	Actividades realizadas en los establecimientos de dos nuevas areas de salud, a saber, Suchitepéquez y Retalhuleu (606.921 habitantes) La Unión Europea duplica las actividades realizadas en los establecimientos de salud en cuatro regiones (859.529 habitantes)	La Unión Europea duplica las actividades de capacitación de dispensadores de atención en cuatro regiones a pedido del Ministerio de Salud
1998	Realización de un estudio de comparación de costos en los centros comunitarios de maternidad y los hospitales Los facilitadores de MotherCare trabajaron con 79 grupos de mujeres y a fines de 1998 llevaron lecciones de salud materna y perinatal a más de 2.000 mujeres y les indicaron la forma de ayudar a resolver los problemas de salud de sus comunidades Capacitación de más de 5.550 comadronas durante dos fases quinquenales del proyecto MotherCare	Se adiestra a un total de 987 profesionales de salud en el tratamiento de complicaciones maternas y perinatales Se realizan supervisión y capacitación de seguimiento con profesionales de salud (1998-99) Se realiza una evaluación preliminar de la capacitación dada en los establecimientos de salud	
1999	Continúa la distribución de materiales de IEC Continúan las reuniones de seguimiento de las comadronas y sus capacitadores MotherCare trabaja para abrir un total de seis maternidades communitarias a fines de 1999	Diseño de la evaluación de la capacitación y planificación preliminar Continúa la recolección y el análisis de datos en los hospitales	

Crecimiento con MotherCare en Bolivia

Durante sus cinco primeros años de trabajo en Bolivia (1989-1994), MotherCare puso en marcha dos proyectos piloto, uno en Inquisivi, una comunidad montañosa andina rural, y el otro en Cochabamba, una de las mayores ciudades del país. Las lecciones aprendidas durante esa fase, como la necesidad de trabajar más estrechamente con el Gobierno de Bolivia para lograr máximo progreso, se incorporaron a medida que se ampliaron las actividades.

Mayor participación comunitaria para mejorar la salud materna

El proyecto piloto *Warmi*, iniciado en 1989 junto con Save the Children Federation/U.S. (SCF), en la zona montañosa rural de Inquisivi, se centró alrededor de la metodología de "autodiagnóstico". En este método, 50 grupos de mujeres locales (aproximadamente 1000 mujeres) tuvieron la oportunidad de señalar sus problemas de salud materna y neonatal y de elaborar y poner en práctica un plan de acción para resolverlos con sus familias y comunidades. Algunas de las actividades de los grupos incluyeron la capacitación de parteras de poblados, clases sobre el parto sin riesgo e higiénico, reconocimiento de complicaciones, planificación familiar, acceso al crédito y alfabetización.

La metodología tuvo tanto éxito en Inquisivi que se incorporó con asistencia de MotherCare a la estrategia nacional del Ministerio de Salud de 1994. Como parte de la estrategia, MotherCare apoyó a la SCF en la duplicación de las actividades del proyecto *Warmi* en 513 comunidades de los nueve departamentos de Bolivia. Eso fue posible por medio de la colaboración con un consorcio de 24 ONG locales e internacionales y el personal de las dependencias regionales, distritales y locales del Ministerio de Salud, grupos a los que se prestó asistencia técnica . Las actividades del proyecto *Warmi* realizadas con las comunidades continúan hasta hoy.

Ampliación de los conocimientos y demanda de atención

En el proyecto piloto de Cochabamba, realizado a fines de 1990, se realizaron investigaciones cuantitativas y cualitativas para proporcionar información sobre los conocimientos, actitudes y patrones de comportamiento de las mujeres con respecto a su salud reproductiva. A partir de los datos obtenidos de la investigación, se realizaron campañas de información, educación y comunicación en la prensa y por medio de videos destinadas a las mujeres y las familias de la localidad con el fin de mejorar sus conocimientos sobre atención prenatal, el parto sin riesgo e higiénico, atención puerperal y neonatal y planificación familiar.

La estrategia de comunicación fue mucho más amplia durante la segunda fase del proyecto MotherCare (1994-1998), en la que se utilizó la educación a través de los medios de comunicación, en particular la radio, junto con material impreso para los establecimientos de atención materna y enseñanzas de comunicación interpersonal y consejería centradas en los dispensadores de atención. El principal componente de información, educación y comunicación fue una novela de 60 capítulos transmitida por cinco radiodifusoras importantes de La Paz y Cochabamba en 1997 y 1998. Fue acompañada de 20 anuncios por la radio dirigidos a los esposos. El *Diario de un Destino* fue la novela radiofónica más escuchada en la zona de La Paz y las evaluaciones muestran que cuando se pedían a los oyentes respuestas espontáneas sobre las enseñanzas recibidas del programa, 51 por ciento declararon que habían aprendido a reconocer las señales de complicaciones del embarazo, el parto, el puerperio y el recién nacido. Un total de 33 por ciento sabían que debían ir inmediatamente a un establecimiento de salud cuando hubiera señales de complicaciones. Un total de 84 por ciento de los oyentes recibieron mensajes de importancia. En la evaluación final se determinarán la intención de usar los servicios, las necesidades atendidas y el número de consultas prenatales para ayudar a medir el impacto de esas actividades de comunicación, incluso el aumento de la demanda de aten-

ción. La novela fue retransmitida en las mismas emisoras en 1999.

Otra parte de la estrategia de MotherCare para aumentar la demanda de atención consistió en asegurarse de tener un medio sensible a la cultura en los centros de salud. MotherCare identificó 30 de 70 sitios dispensadores de servicios de maternidad para convertirlos en centros de salud culturalmente sensitivos—amigos de la mujer y el niño. La finalidad de esta intervención fue pasar del modelo médico de atención obstétrica y neonatal, predominante en Bolivia y en muchos países, a un modelo centrado en la participación de la madre y su pareja en el proceso del parto, reconociendo la sensibilidad cultural y la comodidad de la cliente y de la familia durante el nacimiento. Por ejemplo:

- permitir la presencia del esposo y de la partera durante trabajo de parto
- mantener abrigada a la mujer durante el trabajo de parto y después
- permitir que la mujer escoja la posición preferida para dar a luz
- devolver la placenta, si así se desea

Los resultados preliminares indican que las clientes están contentas con los cambios efectuados en estos centros de salud culturalmente sensitivos—amigos de la mujer y el niño. La evaluación del impacto será parte de la evaluación final de MotherCare/Bolivia, que se realizará entre julio y septiembre 1999.

Mejora de la calidad de la atención por medio de política y capacitación

En la primera fase del trabajo de MotherCare en Cochabamba (1989-1994), los proveedores de salud de 18 establecimientos y 12 ONGs recibieron capacitación en comunicación interpersonal y consejería, manejo de embarazos y partos delicados y atención perinatal. Sin embargo, en ese momento no se habían establecido normas de práctica que sirvieran de "patrón oro" para determinar el desempeño de proveedores de salud.

En vista de eso, MotherCare estableció normas de práctica (protocolos) para todos los dispensadores de atención por solicitud del Ministerio de Salud. Se establecieron con ayuda de representantes del Ministerio de Salud, asociaciones profesionales y facultades de medicina durante la segunda fase de las actividades de MotherCare. Esos protocolos fueron adoptados más tarde por el gobierno como protocolos nacionales y distribuidos por todo el país.

Dr. Gustavo Mendoza, Departmento Materno-Infantil, Universidad Mayor de San Andrés, recibe una copia del curriculo de la Dra. María Elena Zabala, Directora Regional de Salud, La Paz.

A partir de los protocolos, se diseñó un nuevo currículo de capacitación basado en la competencia. En los dos centros de capacitación recién establecidos, se adiestraron médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería en el método de trabajo en equipo para el manejo de las complicaciones perinatales y obstétricas y en comunicación interpersonal y consejería. Por medio de un sistema de supervisión centrado en los establecimientos de salud, todos los proveedores de salud recibieron una visita de instructores médicos después de la capacitación para vigilar y observar su desempeño, examinar los casos y discutir los campos que necesitaran fortalecerse. Hasta la fecha, se ha adiestrado a 291 profesionales de salud, incluso médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería de los puestos y centros de salud y los hospitales de distrito.

En la actualidad, MotherCare realiza evaluaciones oficiales de la capacitación, pero una evaluación preliminar reciente muestra que las personas capacitadas seis meses antes de la evaluación tuvieron un mayor puntaje que el grupo testigo no capacitado en lo que respeta a lo siguiente:

- atención prenatal y evaluación de riesgos,
- atención obstétrica,
- reanimación del recién nacido,
- control de la hemorragia puerperal, y
- enseñanzas prácticas de comunicación interpersonal y consejería.

Las clases del centro de capacitación para personal médico de la región continúan hasta hoy.

En diciembre de 1998, se adoptó un currículo actualizado de *Manejo de Complicaciones Obstétricas y Perinatales* adoptado por las universidades estatales de San Simón y San Andrés como parte de la formación teórica de los estudiantes de medicina (véase un resumen de la ceremonia y varias fotografías en el recuadro 1). La inclusión de atención obstétrica y neonatal esencial en el currículo de la facultad de medicina asegura que los médicos recién graduados adquieran conocimientos prácticos apropiados sobre este campo vital desde el comienzo de su carrera, lo que es un gran paso hacia adelante.

Recuadro 1—Incorporación de enseñanzas sobre la maternidad sin riesgo al currículo de las facultades de medicina de Bolivia

Con el fin de ampliar la capacidad y la sostenibilidad, el proyecto MotherCare/Bolivia ha trabajado estrechamente con los gobiernos nacionales, distritales y municipales desde 1989 para reducir la mortalidad y morbilidad de la madre y del recién nacido en Bolivia . Durante la segunda fase de las actividades de MotherCare (1994-1998), MotherCare/Bolivia se unió a la Secretaría Nacional de Salud para establecer protocolos nacionales de atención obstétrica y neonatal para los puestos y centros de salud y los hospitales de distrito. También se elaboró un currículo basado en la competencia a partir de esos protocolos, empleado para capacitar a 291 dispensadores en atención obstétrica y perinatal esencial y en comunicación interpersonal y consejería. Esa capacitación comenzó en 1996 y sigue hasta hoy en los dos centros hospitalarios de adiestramiento establecidos.

Representates del Ministerio de Salud, del Universidad y de MotherCare en la presentación del nuevo currículo en la Universidad Mayor de San Andrés en La Paz

Muchos de los capacitadores seleccionados en un principio estaban afiliados a las facultades de medicina y enfermería de la Universidad Mayor de San Andrés en La Paz y de la Universidad Mayor de San Simón en Cochabamba . Este importante vínculo con la facultad de medicina llevó a negociaciones con el Ministerio de Salud y MotherCare/Bolivia. Esas negociaciones concluyeron con la firma final de un acuerdo para modificar y poner en práctica el currículo de capacitación de estudiantes de medicina y enfermería en esas universidades. Las clases de atención obstétrica y neonatal esencial y de comunicación interpersonal y consejería se enseñan actualmente el año anterior al período de práctica de los estudiantes.

El 3 de diciembre de 1998 se hizo la presentación del currículo de formación básica durante una ceremonia realizada en la Universidad Mayor de San Andrés en La Paz, Bolivia. Asistieron representantes del Ministerio de Salud, las dos universidades, la USAID/Bolivia, organizaciones internacionales y ONG locales. El Director General de Servicios de Salud del Ministerio de Salud, Dr. Oscar Landívar, hizo público el compromiso contraído por el Ministerio de poner en vigor y cumplir el acuerdo de asistencia a los profesores universitarios. Señaló la importancia de los profesores para el bienestar del país.

Varios representantes de MotherCare/Bolivia, incluso los Dres. Guillermo Seoane y Miguel Ángel Ugalde, clausuraron la ceremonia señalando las diversas partes que han intervenido en la ejecución de los programas de salud reproductiva, desde el cuidado dispensado por las parteras de los poblados hasta la atención profesional prestada en los principales hospitales de maternidad. Dr. Seoane indicó que en esta gama de modalidades de atención es de vital importancia la capacitación de *todo* el personal de salud en el manejo de las urgencias obstétricas y perinatales.

Medidas de salud materna en la esfera nacional

Un estudio de la seroprevalencia materna y congénita, realizado por MotherCare con el apoyo técnico de los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades de los Estados Unidos en 1996-1997, mostró que la prevalencia de la sífilis materna era de por lo menos 4,3% en todos los nacidos vivos y de 23% en los nacidos muertos. Estas alarmantes estadísticas llevaron al Ministerio de Salud de Bolivia a establecer un plan y una política nacionales para la eliminación de la sífilis materna y congénita que se ejecutará en 1999 y 2000. El programa se realizará en colaboración con el Ministerio de Salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el UNICEF y MotherCare. Ya se han adaptado los manuales de capacitación para la prevención y el control de la sífilis en los programas de salud materno-infantil, adaptados de un proyecto piloto realizado por MotherCare en Kenya.

En los manuales de adiestramiento se incluye el uso de la tecnología de la prueba rápida de reagina plasmática (RPR). El proyecto realizado en Kenya demostró ser una forma económica de reducir la incidencia de sífilis materna y congénita por medio de una consulta de atención prenatal, durante la cual las mujeres embarazadas se sometieron a la prueba RPR y, cuando se comprobó que eran seropositivas, se les trató con una inyección de penicilina benzatínica. El currículo fue examinado hace poco por representantes de 18 países en una reunión de la OPS en Santa Cruz, Bolivia, y se estudia la posibilidad de ampliarlo a toda la región.

El proyecto realizado en Kenya demostró ser una forma económica de reducir la incidencia de sífilis materna y congénita por medio de una consulta de atención prenatal, durante la cual las mujeres embarazadas se sometieron a la prueba RPR y, cuando se comprobó que eran seropositivas, se les trató con una inyección de penicilina benzatínica.

Resultados

Siguiendo los métodos de ampliación de Uvin y Miller (véase la *Introducción*), MotherCare/Bolivia recalca enfáticamente la importancia de la colaboración *política* para lograr sus objetivos:

- trabajar junto con el Ministerio de Salud para elaborar protocolos, que ahora se distribuyen por todo el país;
- poner en práctica la metodología del proyecto *Warmi* en todo el país por medio de ONG y las dependencias locales del Ministerio de Salud;
- apoyar el currículo de las facultades de medicina basado en la competencia sobre el tratamiento de los casos obstétricos y neonatales; y
- ejecutar el plan nacional para la eliminación de la sífilis materna y congénita y promover una política nacional para incorporar el examen de sífilis materna a los servicios de atención prenatal.

El Ministerio también ha estudiado un nuevo proyecto piloto MotherCare para posible adopción a escala nacional. En las areas atendidas por MotherCare, el proyecto capacita al personal de los establecimientos de salud en el uso y análisis de registros médicos uniformes para adopción de decisiones bien fundadas. En lo referente al aspecto *cuantitativo*, MotherCare/Bolivia ha aumentado el número de trabajadores de salud (médicos, enfermeras y auxiliares enfermería) capacitados en un método de trabajo en equipo o en atención obstétrica y neonatal y comunicación interpersonal y consejería . La metodología del proyecto *Warmi* se amplió de una a 513 comunidades donde se enseña a grupos de mujeres a identificar y resolver sus problemas de salud. Por último, la estrategia de comunicación también amplió mucho el número de integrantes del público. Las iniciativas de MotherCare/Bolivia se han ampliado *funcionalmente* para incluir actividades importantes en otros campos, como programas comunitarios para la reducción de la incidencia de anemia materna y la determinación del costo de los servicios de atención obstétrica y neonatal (véase el recuadro 2.)

MotherCare/Bolivia ha presentado al Ministerio un plan de sostenibilidad con los próximos pasos para cada una de sus intervenciones y trabajará con el Ministerio de Salud en su ejecución.

Véase en el cuadro B un cronograma de las actividades de MotherCare/Bolivia en el último decenio. Además, en la página 23 de este número se publica una lista de materiales producidos por MotherCare/Bolivia durante su segunda fase.

Recuadro 2—Estudio de costos del módulo para la madre y el lactante en Bolivia

A mediados de 1990, Bolivia descentralizó su sistema de atención de salud y puso en práctica el Seguro Nacional de la Madre y el Niño (SNMN) en su empeño por reducir la mortalidad materna y de los niños menores de cinco años. Los municipios reciben ahora, per cápita, 20% de las rentas nacionales y asumen la responsabilidad de atender las necesidades de la población local. Aproximadamente 3% del dinero asignado a "inversiones" (85% de la asignación total, según los requisitos establecidos por el gobierno) proviene de un Fondo Compensatorio Local de Salud para pagar los gastos relacionados con el SNMN.

MotherCare, en colaboración con la OMS y Partnerships for Health Reform (PHR) realizó una encuesta para analizar el costo de la prestación de los servicios actualmente cubiertos por el SNMN y el futuro costo si se llegan a poner en práctica las nuevas normas nacionales propuestas. Esas cifras se compararon luego con la asignación de recursos establecida por el SNMN. Se utilizó la hoja de cálculo electrónico de costos del *Módulo para la madre y el lactante* de la OMS (MBPCS), un instrumento de uso fácil basado en Microsoft Excel, en el estudio de costos en los tres niveles de establecimientos de atención de salud (hospitales, centros y puestos de salud) en cinco distritos distintos de MotherCare.*

MotherCare y la OMS descubrieron que la atención materna y neonatal en los cinco distritos cuesta actualmente un promedio de $2,84** per cápita al año. Los costos varían por distrito, según el número de centros de servicio disponibles para la población dada. La prestación de atención materna y neonatal, según las nuevas normas nacionales, costará $4,60 per cápita con la actual tasa de cobertura de 60%. Sin embargo, para alcanzar la meta del Gobierno de Bolivia de ampliar la cobertura a 90% con las nuevas normas nacionales, la tasa per cápita será de $6,83, lo que exige un aumento de $3,99 per cápita al año (véase el cuadro 1.)

Es importante señalar que la atención de maternidad representa el mayor aumento de costo al comparar los servicios actuales (tasa de cobertura de 60%) con los previstos según las nuevas normas (tasa de cobertura de 90%) (véase el gráfico 1.) Eso se debe principalmente a que ese es el más completo de los servicios y cubre atención prenatal, obstétrica y puerperal y a la enorme demanda de esa intervención. Representa 50% del costo suplementario total.

Cuadro 1—Resumen de los costos corrientes, normales y adicionales por distrito, en dólares de los EE.UU.

	Costo corriente de los servicios de atención materna y neonatal (cobertura de 60%)		Costo de la prestación de atención materna y neonatal según las nuevas normas (cobertura de 90%)		Diferencia de costo entre los precios corrientes y los fijados con las nuevas normas	
Distrito	Costo Total	Costo per Cápita	Costo Total	Costo per Cápita	Costo Total	Costo per Cápita
El Alto	413,914	2.76	830,541	5.54	416,627	2.78
Santiago de Machaca	238,706	2.63	666,194	7.33	427,488	4.70
Valle Bajo (Quillacollo)	827,050	3.06	2,088,408	7.73	1,261,358	4.67
Sur Oeste (Capinota)	150,568	3.42	334,817	7.60	184,249	4.18
Valle Puna	246,593	2.31	595,123	5.58	348,530	3.27
Total	1,876,831	2.84	4,515,083	6.83	2,638,252	3.99

MotherCare/Bolivia, 1998

*Organización Mundial de la Salud, Módulo para la madre y el lactante (Ginebra: OMS, 1998).

**Todas las cifras monetarias se expresan en dólares de los EE.UU.

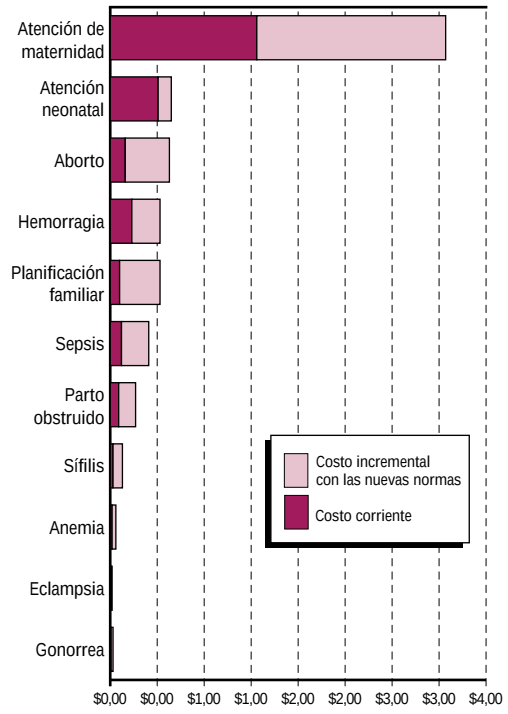
Recuadro 2—Estudio de costos del módulo para la madre y el lactante en Bolivia *(continuado)*

Además de estudiar los costos reales del tratamiento, MotherCare examinó el financiamiento de esas actividades. Las metas del SNMN exigen que el sistema tenga autonomía financiera. En reconocimiento de ello, MotherCare comparó las tasas de reembolso (del Estado a los servicios de salud), los costos de los servicios prestados en actualidad y los costos de los servicios prestados según las nuevas normas (citadas en el *Módulo para la madre y el lactante*).

Algunas de las intervenciones del SNMN, como el tratamiento de las enfermedades de la infancia, no se incluyen en el *Módulo para la madre y el lactante*. El tratamiento de las complicaciones del aborto y de la anemia grave tampoco está cubierto por el SNMN (aunque podrá estarlo en el futuro). Entre las intervenciones comparables, las tasas de reembolso corriente del SNMN fueron casi siempre *menores* que el costo del tratamiento corriente. La diferencia fue mayor cuando se compararon las nuevas normas nacionales con la tasa de reembolso actual. Además, la tasa de reembolso corriente cubre solamente los costos variables, no los sueldos ni la infraestructura (véase el gráfico 2).

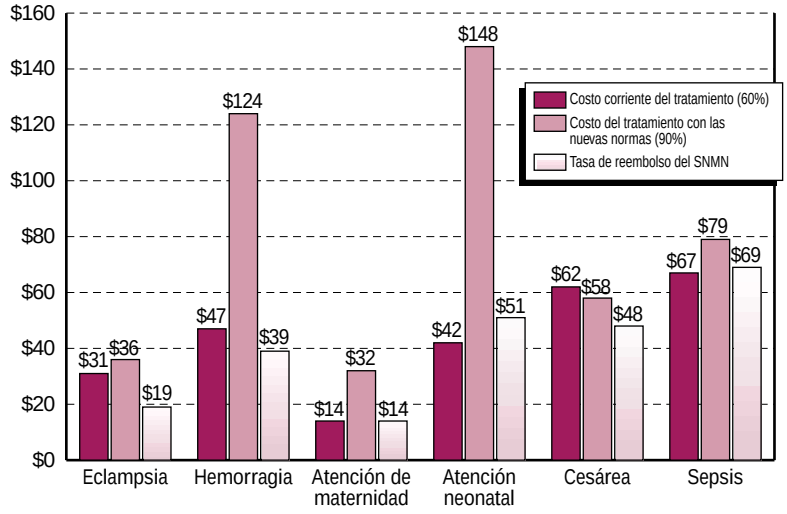
En este estudio se destaca la necesidad que tienen los gobiernos locales y nacionales de tener información precisa sobre costos al poner en práctica nuevas reformas del sistema de salud. El *Módulo para la madre y el lactante* se puede emplear para estimar mejor los costos fijos y variables de cada establecimiento, lo que permitirá asignar fondos de una manera más eficiente. MotherCare ha distribuido los resultados de este estudio a los municipios locales.

Gráfico 1—Costo corriente e incremental por intervención (US$ per cápita)



MotherCare/Bolivia, 1998

Gráfico 2—Diferencia entre los costos del tratamiento real y las tasas de reembolso (costos variables solamente



MotherCare/Bolivia, 1998

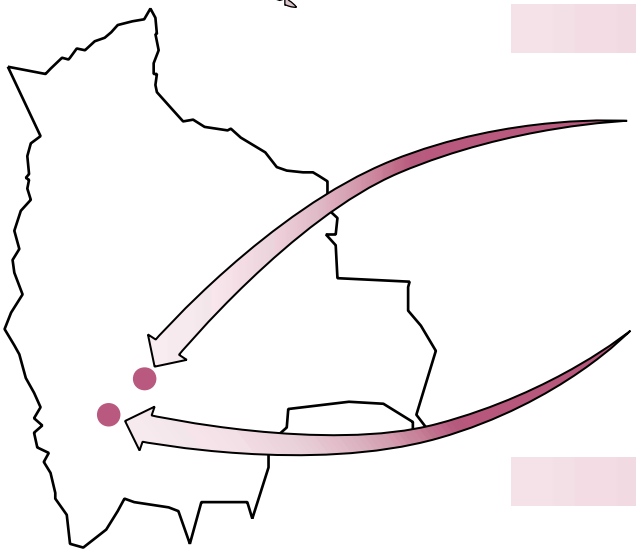
MotherCare/Bolivia 1989-1999

Población Total Cubierta, 1993 ➡ **136,000**

Población Total Cubierta, 1999

- **Programas de calidad de atención, acceso y demanda** ➡ **656,000**
- **Programas nacionales** ➡ **7.7 million**

1989-1994



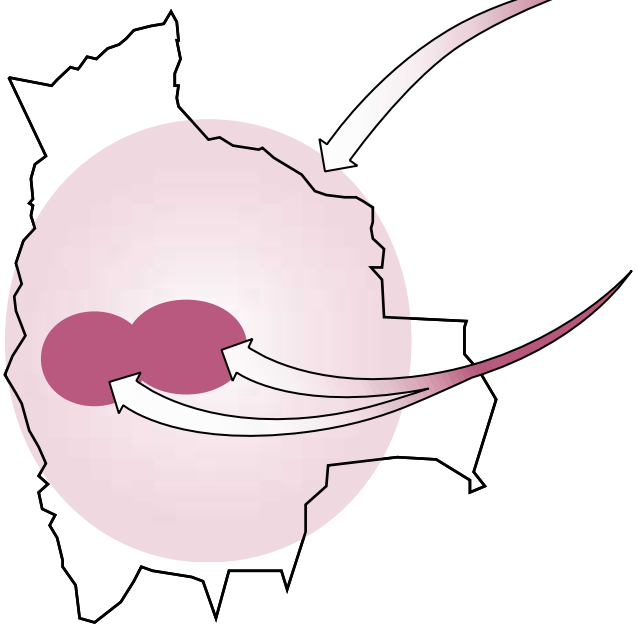
Proyecto Piloto en Cochabamba

- **Mejorar la calidad de atención y investigación**
- **Capacitación en 18 establecimientos de salud y 12 ONG**

Proyecto Piloto Warmi en Inquisivi

- **50 grupos locales de casi 1000 mujeres**

1994-1999



Programas Nacionales

- **IEC/C***
- **Prevención de sifilis materna y congénita**
- **Protocolos nacionales para la atención materna y perinatal**
- **Proyecto *Warmi***

Mejora de la Calidad de la Atención, Acceso y Demanda en 7 distrito de salud que sirven a centros y puestos de salud y hospitales de distrito

- **Capacitación en AOE** & CIPC*****
- **Centros culturalmente sensitivos-amigos de la mujer y el niño**
- **Currículo de facultad de medicína en dos universidades**
- **Piloto de registros estandarizados**
- **Programa de anemia**
- **Estrategia de IEC/C basada en la comunidad/establicimiento de salud (lleva a un programa nacional)**

* Información, Educación, Comunicación y Consejería
** Atención Obstetrica Esencial
*** Comunicación Interpersonal y Consejería

MotherCare/Bolivia, 1999

Cuadro B—Iniciativas del Proyecto MotherCare/Bolivia			
Fase I del proyecto piloto MotherCare en Inquisivi (I) y Cochabamba (C) (1989-94)			
Año	Participación de la comunidad/ aumento de la demanda	Calidad de la atención/instalaciones	Participación del Estado
1990	Cincuenta grupos de mujeres comienzan a usar la metodología de autodiagnóstico (I)	Se realiza investigación cuantitativa y cualitativa sobre los conocimientos y los servicios de los dispensadores de atención (C)	
1991	Se realiza investigación cualitativa y cuantitativa sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres con respecto a la salud reproductiva (C)		
1992	Se duplican los manuales del proyecto *Warmi* y se adiestra a 45 parteras locales como parte de los planes de acción para mejorar la salud materna (I) Se prepara material didáctico para ampliar los conocimientos de salud materna (I,C)		
1993	Los grupos continúan en diversas etapas de empleo de metodología, incluso ejecución y evaluación de planes de acción. El resultado es menos mortalidad perinatal y más planificación familiar, aplicación de toxoide tetánico, consultas prenatales y práctica de la lactancia materna inmediata (I) (1993-94)		
1994		Se adiestra a los proveedores de atención de 18 establecimientos y 12 ONG en comunicación interpersonal y consejería y manejo de complicaciones (1990-94) (C)	MotherCare participa en reuniones del subcomité nacional sobre salud (1990-94) (I,C)
Fase II del proyecto MotherCare en La Paz, Cochabamba y a nivel nacional (1994-99)			
Año	Participación de la comunidad/ aumento de la demanda	Calidad de la atención/instalaciones	Participación del Estado
1994	La metodología de autodiagnóstico del proyecto *Warmi* se convierte en parte importante del plan nacional de salud y MotherCare apoya a Save the Children Federation/US (SCF) para ponerla en práctica en todo el país (1994-98)		Se realizan reuniones con funcionarios del Ministerio de Salud para establecer protocolos
1995	Se realizan estudios de diagnóstico y validación en la comunidad	Se presta asistencia técnica a una escuela de auxiliares de enfermería para desarrollo/actualización de un currículo de salud reproductiva Se realiza un análisis de la situación de los establecimientos y de la pericia de los proveedores de salud	

Cuadro B continuado en la pagina siguiente

Cuadro B—Iniciativas del Proyecto MotherCare/Bolivia *(continuado)*			
Fase II del proyecto MotherCare en La Paz, Cochabamba y a nivel nacional (1994-99)			
Año	Participación de la comunidad/ aumento de la demanda	Calidad de la atención/instalaciones	Participación del Estado
1996	Se crea una estrategia y un plan de trabajo de IEC	Se realiza un estudio de seroprevalencia de sífilis junto con los CDC Terminación del currículo basado en la competencia y del manual de atención obstétrica esencial (AOE) y de comunicación interpersonal y consejería (CIC)	Los protocolos son aprobados por el Ministerio de Salud y distribuidos en todo el país Estudio de costos en cinco distritos para divulgación y uso en los municipios
1997	Transmisión radiofónica de una novela de 60 capítulos sobre la maternidad sin riesgo, 20 anuncios para los esposos, una canción, cinco anuncios publicitarios y un resumen. La novela se transmite por cinco emisoras en los distritos del proyecto MotherCare (1997-98) y se clasifica como la "más escuchada" en La Paz.	Se inicia capacitación para médicos y otros profesionales de salud con el nuevo currículo de AOE y CIC en dos centros de capacitación en los hospitales Publicación y distribución de los resultados del estudio de sífilis Treinta centros de salud ejecutan actividades más culturalmente apropiadas y se convierten en centros culturalmente sensitivos—amigos de la mujer y el niño	MotherCare se reúne con el comité de la Primera Dama para la prevención de la anemia nutricional (1997-99)
1998	Se ejecuta un programa de distribución de tabletas de hierro por medio del personal de la comunidad Se pone en práctica la metodología del proyecto *Warmi* en 513 comunidades de Bolivia Se capacita a los trabajadores de salud comunitarios en consejería sobre anemia	Adiestramiento de un total de 291 profesionales de salud en AOE y CIC Los dispensadores de atención reciben adiestramiento en consejería sobre anemia Ensayo piloto de registros normalizados	Se envían al Ministerio de Salud recomendaciones para mejorar la cobertura de la administración suplementaria de tabletas de hierro MotherCare ayuda al Ministerio de Salud a examinar y revisar el sistema nacional de información de salud MotherCare ayuda al Ministerio de Salud a preparar el plan nacional para la eliminación de la sífilis materna y congénita con posible ampliación a otros países latinoamericanos Se firma un acuerdo con varias universidades para incorporar un currículo de maternidad sin riesgo en el programa para estudiantes de medicina
1999	Continúa el uso de estrategias de IEC basadas en la comunidad Retransmisión de una novela de 60 capítulos en cinco estaciones de radio Continuación de la vigilancia y supervisión del componente de anemia	Continúa el uso de estrategias de IEC basadas en la comunidad Comienza el acopio de datos en los establecimientos de salud en zonas del proyecto MotherCare para evaluación final Continúa la supervisión del adiestramiento	MotherCare elabora un plan de sostenibilidad y lo presenta al Ministerio de Salud Continúa el fomento de la participación de las autoridades gubernamentales por medio de reuniones nacionales y departamentales

Tercera Sección

La Experienca de Ampliación

Lecciones aprendidas de la ampliación

Lecciones particulares de cada país

La ampliación de los proyectos piloto realizados con éxito depende mucho de factores culturales, políticos, sociales e institucionales en cada localidad. Esos factores han contribuido mucho a las diferencias existentes en los métodos de ampliación seguidos por MotherCare en Guatemala y Bolivia.

El aumento del efecto de las actividades del proyecto MotherCare/Guatemala fue sobre todo de naturaleza *cuantitativa*. La duplicación de sus actividades puede atribuirse a la asistencia recibida de varias entidades. Fue notable el apoyo de los gobiernos locales a las actividades de MotherCare y su solicitud de que éste realizara actividades en su campo de responsabilidad. MotherCare también recibió apoyo de la Misión de la USAID en Guatemala y de otros donantes (la Unión Europea, el UNICEF, el FNUAP) y varias ONG (el Fondo Cristiano para la Infancia y el Consejo de Población), que duplicaron la metodología de MotherCare en otros campos del país con asesoramiento y materiales de MotherCare. El Gobierno de Guatemala tuvo menos influencia que el de Bolivia en la ampliación de las actividades porque estaba muy ocupado con el proceso de paz de iniciación reciente y había habido varios cambios de personal de salud. Si se hubiera tenido más apoyo del gobierno central, quizá por medio de mejor "comercialización" de las actividades de MotherCare, el grado de ampliación habría sido mayor; eso no está claro dado el momento en que ocurrieron otros acontecimientos políticos en Guatemala.

Las actividades de ampliación realizadas en Bolivia recibieron una profunda influencia favorable de los factores *políticos*. Las actividades de MotherCare coincidieron casualmente con la búsqueda de participación popular emprendida por el gobierno nacional y la descentralización de la autoridad al nivel municipal. Por ende, el gobierno se mostró receptivo y hasta buscó asistencia para mejorar las nuevas políticas. MotherCare/Bolivia también fomentó el apoyo del gobierno con la activa participación de las autoridades decisorias principales desde la etapa de análisis inicial hasta las frecuentes reuniones de evaluación. Esas personas incluyeron a la Primera Dama de Bolivia, al Ministro de Salud, a los directores de los departamentos de salud nacionales distritales y a los gobernadores de los municipios. Su apoyo permitió adoptar los protocolos de la estrategia de información, educación y comunicación y otros y la metodología del programa de control de la sífilis y del proyecto *Warmi* en la esfera nacional.

En el nivel local, MotherCare/Bolivia buscó el apoyo de la comunidad y de los dispensadores de atención locales para ayudar a facilitar la ampliación. Se les preguntó cuáles eran sus necesidades particulares y se determinó el nivel de conocimientos antes de poner en práctica las medidas correspondientes. Por ejemplo, una vez establecidos los centros de salud culturalmente sensitivos—amigos de la mujer y el niño, MotherCare preguntó a las comunidades qué se podría hacer para que los servicios de salud fueran más sensibles a la cultura y más amables. Se preguntó a los proveedores de salud qué aspectos de la cultura de la comunidad podrían incorporar a sus servicios.

Por otra parte, se desaceleró el crecimiento de los programas en Bolivia con cada cambio de autoridades decisorias de importancia dentro de la estructura gubernamental—habría que volver a explicar las actividades y renovar los compromisos. La ampliación también se vio obstaculizada por el proceso de transición de los dispensadores de atención de salud. Los médicos se asignaban solamente por un año a las zonas rurales, lo que evitaba el compromiso con el cumplimiento de las nuevas normas, la adaptación local de las prácticas seguidas y la continuidad para la clientela y quizá impedía entablar una relación de confianza.

Lecciones generales

La ampliación de los programas suele ser espontánea, pero puede planearse. La programación

inicial con los proyectos piloto realizados en Bolivia y Guatemala ayudó a MotherCare a abrir el camino para la ampliación. Aun si los proyectos piloto no tienen un efecto importante para la salud, permiten que una organización aprenda a realizar las tareas correspondientes con eficiencia y a determinar quiénes son los guardianes y cómo trabajar con ellos, lo que reviste importancia para la etapa siguiente.

MotherCare planeó la ampliación de actividades en su segunda fase (1984-1998), con la esperanza de ejercer mayor impacto al incorporar diferentes clases de público, desarrollar la capacidad de las instituciones, realizar una expansión geográfica e integrar los programas. Además de planificación, aprovechó las oportunidades que se presentaron al aceptar que MotherCare/Guatemala ejecutara programas a petición y con financiamiento de la Unión Europea. MotherCare no creció demasiado rápido, evitando así el deterioro de la calidad de los servicios. El crecimiento se vio limitado por restricciones de fondos, lo que permitió que las representaciones mejoraran su capacidad de organización poco a poco. Esa capacidad de organización y el hecho de tener equipos formados en su totalidad por funcionarios nacionales en MotherCare/Bolivia y Guatemala aseguraron el claro entendimiento de la situación local y la existencia de una estructura para el trabajo con los distintos niveles de la jerarquía de autoridades sanitarias.

Al reflexionar sobre la experiencia de MotherCare con diferentes clases de ampliación, la ampliación *cuantitativa* quizá sea una forma más fácil de intensificar el impacto. Por lo general, no se necesitan nuevos conocimientos prácticos y pueden participar las mismas autoridades, que estarán más dispuestas a conceder aprobación después de haber visto éxitos anteriores. La ampliación *funcional* y *política* exige influencia y formación de redes en las de líneas de autoridad institucionales e individuales y depende más de la oportunidad. Sin embargo, con esa oportunidad quizá se pueda intensificar el impacto con más rapidez que con un sistema de ampliación *cuantitativa*.

MotherCare juntó varios métodos de ampliación para incrementar el impacto para la salud materna y neonatal en su decenio de trabajo en Guatemala y Bolivia. Algunas de esas actividades se han extendido a nivel nacional. Otras están todavía en proceso de expansión. En el transcurso del próximo año, a medida que MotherCare culmine sus actividades y evaluaciones en esos dos países, se espera que la amplia divulgación de los resultados permita que otros aprendan de los éxitos y errores de MotherCare en la ampliación de las actividades destinadas a mejorar la salud y la supervivencia de la madre y del recién nacido.

Cuarta Sección

La Primera Dama Visita MotherCare/Guatemala

Discurso de Hillary Rodham Clinton

Hospital Hermano Pedro de Betancourth
Antigua, Guatemala
18 de noviembre de 1998

Foto por Arbara Kinney

La Primera Dama Hillary Rodham Clinton observa una sesión de capacitaciónde comadronas

Muchas gracias. Estoy sumamente complacida de estar aquí. Dirijo un cordial saludo a todas las personas aquí congregadas, a la Señora Patricia de Arzú, al Señor Ministro, a los Excelentísimos Señores Embajadores y a todas las personas que colaboran con este hospital. En particular, quisiera demostrar mi aprecio por la labor desempeñada por los Dres. José del Busto, Marco Tulio Sosa y Elizabeth de Bocaletti y la Sra. Leticia Toj para crear este programa y prestar la atención médica que necesitan tantas mujeres y tantos niños. Les agradezco que me hayan dado la oportunidad de visitar este hospital y de ver directamente, como lo he hecho, la capacitación de las comadronas que están sentadas detrás de mí y que, en un brevísimo período, me han enseñado la diferencia que representa la capacitación cuando se trata de adquirir aptitud para cuidar a la mujer.*

Es muy importante recalcar que la mortalidad materna ha sido y sigue siendo un problema muy grave en Guatemala, según afirma la Dra. de Bocaletti.** Debo felicitarlos por hacer de la maternidad sin riesgo un importante punto de enfoque de las propuestas y los programas de atención de salud aquí realizados. El hecho de que los acuerdos de paz de Guatemala fijen la meta de reducción de las tasas de mortalidad materno-infantil en un 50 por ciento en los próximos cinco años es verdadero testimonio de la forma en que entienden ese problema los dirigentes que han concebido los acuerdos de paz. Como ya he dicho en varias ocasiones durante mi visita, una cosa es terminar el conflicto armado y persuadir a los combatientes de que depongan sus armas y otra totalmente distinta es hacer que la paz sea significativa para la vida de la población. Para una familia, la pérdida de un miembro en combate o de una madre en un parto peligroso es la misma clase de pérdida. El hecho de que, en los acuerdos de paz, ustedes hayan reconocido la necesidad de hacer algo para disminuir la mortalidad materno-infantil es fiel testimonio de la sabiduría de los dirigentes y del pueblo de Guatemala. Han progresado en los últimos 20 años al reducir la mortalidad un 40 por ciento; sin embargo, Guatemala tiene todavía la mayor tasa de mortalidad infantil de América Central. De manera que éste es un problema apremiante—tan apremiante, según afirmó la Dra.de Bocaletti, como la pérdida de vidas causada por el huracán Mitch.

También es claro que ustedes reconocen que la población indígena de su nación ha tenido siempre menos acceso a servicios de atención de salud que el resto de la población. Como consecuencia, la mortalidad matern-oinfantil en las comunidades

* La Primera Dama Hillary Rodham Clinton se refiere a las comadronas capacitadas por MotherCare.

** El 18 de noviembre de 1998, la Primera Dama de los Estados Unidos pronunció su discurso después del discurso de la Dra. Elizabeth de Bocaletti, Directora del Proyecto MotherCare/Guatemala. A continuación se transcribe el discurso de esta última.

indígenas rurales supera en más del doble al promedio nacional. Solamente una de tres madres indígenas puede llevar a un niño enfermo a un dispensario y una de cada cuatro madres recibe atención prenatal por profesionales. Menos de 20 por ciento tienen acceso a servicios de planificación familiar. Por eso, es tan importante la actividad que desempeñan en este hospital.

Foto por Patricia De León Toledo

Ustedes no solamente están mejorando la salud de la mujer y del niño sino demostrando sensibilidad a las necesidades de sus pacientes, al asegurarse de que los médicos, enfermeras y comadronas que los cuidan les hablen en su propio idioma. Al mostrar sensibilidad con respecto a sus costumbres y formas de comprender las cosas, están creando confianza entre diferentes comunidades. En mi opinión, el elemento más importante del éxito de los acuerdos de paz es la formación de un vínculo de confianza. Me alegro de que el Gobierno de los Estados Unidos haya sido su compañero de labores en el empeño en superar las desigualdades de acceso a la atención de salud que impiden que tantas mujeres, particularmente las indígenas, reciban los servicios integrados de atención de salud y planificación familiar que necesitan para llevar una vida sana.

La estrategia de salud de Guatemala se basa, en parte, en un programa piloto de la USAID llamado MotherCare. Exactamente como su nombre lo indica, MotherCare significa atención materna, es decir, la necesidad de cuidar a la madre. He tenido el privilegio de viajar alrededor del mundo y de ver muchas sociedades que han mejorado la atención materna. Al observar a las comadronas durante la representación hecha en mi honor, cuando un padre de familia, al ver que la partera sin adiestramiento que había llamado para cuidar a su esposa, la madre de sus hijos, no sabía qué hacer, llamó a una adiestrada, quien entendió de inmediato el problema y se ocupó de cuidar a la madre, pensé por un momento que estaba en un lugar muy lejano de Guatemala—en Nepal en las montañas del Himalaya. Tuve la ocasión de presenciar algo similar en un grupo de comadronas que estaban aprendiendo lo que significa cuidar a la madre. Ellas también practicaban la "atención materna." Las cosas no son tan complicadas si enseñamos a las comadronas a reconocer lo que pueden hacer bien y a enviar al hospital, en el momento oportuno, a las pacientes que necesiten atención médica.

Como ustedes han progresado tanto y Guatemala ha contraído el compromiso de reducir la mortalidad materno-infantil, tengo el gusto de anunciar un aporte de US$1,6 millones al proyecto MotherCare financiado por la USAID.*** Este aporte apoyará las actividades realizadas por Guatemala dentro del Gobierno y con las ONG para mejorar el acceso de la mujer a los servicios básicos de salud. Me complace particularmente el hecho de que en este programa participen familias indígenas, especialmente mujeres, en el trabajo de diseño, ejecución, vigilancia y evaluación de esas actividades. Creo que es importante que preguntemos a la clientela de la atención de salud lo mismo que a la de cualquier otro servicio, si recibe lo que necesita, si se siente a gusto con sus proveedores de atención de salud, qué más podría hacerse para mejorar el resultado de sus servicios de salud.

También me complace anunciar que hemos traído de los Estados Unidos un monitor fetal. Nos enteramos de que el hospital necesitaba uno. Este aparato ayudará a mantener la vida y la salud de la madre y el niño. Quisiera agradecer a General Electric Medical su generosa donación del monitor.

Al iniciar el período de transición de la guerra a la paz, el pueblo de Guatemala ha reconocido que el acceso a la educación y a la atención de salud son derechos fundamentales de todos los ciudadanos. Felicito a todos los colaboradores de este hospital,

*** El dinero se asignó a actividades de salud materna y neonatal de Guatemala.

a todas las personas que han participado en las actividades realizadas en las comunidades para capacitar a las comadronas y ayudar a ampliar el acceso y al gobierno por entender la importancia de la atención de salud como medio de elevar las aspiraciones y esperanzas de la población y de dejar en claro que se le valora como miembro de una comunidad más amplia. Mi país se ha comprometido a trabajar con ustedes en la mejora de la salud y del bienestar del pueblo de Guatemala y en la construcción de una nación más fuerte, pacífica, próspera y democrática. Gracias por haberme permitido ver el progreso alcanzado.

Foto por Otto Guzmán

The First Lady and MotherCare-trained TBAs

Discurso de Dra. Elizabeth de Bocaletti, Directora del Proyecto MotherCare/ Guatemala

(pronunciado antes del discurso de Hillary Clinton)

Hospital Hermano Pedro de Betancourt
Antigua, Guatemala
18 noviembre, 1998

En el mundo casi 600,000 mujeres mueren cada año de causas relacionadas con el embarazo o el parto. De este total, el 99 por ciento de las muertes ocurren en países en desarrollo como el nuestro. En Guatemala el total de estas muertes cada año supera el numero de hermanos guatemaltecos que murieron recientemente en la tragedia de MITCH. Con la diferencia que la mayoría de muertes ocurren en áreas rurales y alejadas de los servicios de salud, con frecuencia estas muertes no reconocen y por lo tanto, no se registran como tal. Lo más triste de esta situación es que estas mujeres estan muriendo por causas altamente prevenibles y no por síndromes raros o que necesiten tecnología sofisticada.

Reciente el mes pasado dos mujeres murieron en una sola comunidad de Solola, una en su primer experiencia de embarazo y la otra dejendo a 12 pequeñas más sin su madre.

El pueblo de los Estados Unidos y el gobierno de los Señores Clinton han apoyado un proceso de intervención en Guatemala, a través de USAID y el Proyecto MotherCare. Y conjuntamente con el Ministerio de Salud de Guatemala, un ministerio sumamente comprometido con la salud materna tanto a nivel central como a nivel local, hemos logrado informar a las mujeres, sus esposos y sus familias sobre el cuidado de la salud materna y la identificación de las señales de peligro que pueden significar peligro de muerte. Hemos logrado también acercar a las comadronas a los servicios de salud y apoyar a los servicios de salud en la resolución con calidad de estas complicaciones maternas.

Toda mujer tiene derecho a reproducirse con seguridad, sin importar su nivel social, económico o su etnia. Que no hayan no más muertes a cambio de la vida. Todo juntos construiremos madres sanas, niños sanos y familias felices en Guatemala.

Lista de Materials de MotherCare/Guatemala

Publicaciónes

- *Desde la Comunidad...Percepción de las Complicaciones Maternas y Perinatales y Búsqueda de Atentión*
- *Cuidado Materno* boletines, volúmenes del 1 al 5

Protocolos

- *Manejo de las Principales Emergencias Obstétricas y Perinatales para Centros y Puestos de Salud*
- *Manejo de las Principales Emergencias Obstétricas para Hospitales Departamentales*
- *Manejo de las Principales Emergencias Perinatales para Hospitales Departamentales*

Manuales de Entrenamiento

- *Guías para Facilitadores de Comadronas: Contenidos Técnicos para Comadronas*
- *Guías para Facilitadores de Comadronas: Educación Participativa*
- *Guías para Facilitadores de Comadronas: Material Visual para Educación Participativa*
- *Curriculum de Enfermería para Capacitación Tutorial*
- *Manual de Metodología Participativa para Trabajar con Grupos Comunitarios en Salud de la Madre y del/la Recién Nacido/a*

Monitoreo

- Libro de monitoreo para centros y puestos de salud
- Libro de monitoreo para hospitales departamentales
- Manual de uso del libro de monitoreo para centros y puestos de salud
- Manual de uso del libro de monitoreo para hospitales departamentales

Materiales para IEC

- Señales de peligro cuaderno de pintar
- Hoja de referencia
- Tzute (maletin con equipo mínimo para comadronas)
- Carnets para comadronas capacitadas et torta-tarjetas (porta cédula)
- Billetera

Rotafolios

- Consejería en control prenatal (de escritorio)
- Señales de peligro

Afiches

- Promoción de la referencia.
- Reglas de oro del trato a la paciente
- El método capurro
- El método apgar
- Lo que el personal debe preguntar

Programas de Radio

- *La Serie Salud para la Vida, en español*
- *La Serie Salud para la Vida, en K'iche*
- *La Serie Salud para la Vida, en Mam*
- Guía para el uso de los programas de radio

Botones

- *Yo hablo K'iche*
- *Yo hablo Mam*
- *Yo hablo Kakchiquel*

Se pueden solicitar materiales a:

Proyecto MotherCare
Oficina 7-B, Torre Luna
Centro Comerciál Tikal Futura
Calzada Roosevelt 22-43, Zona 1
Guatemala, Guatemala

Lista de Materials de MotherCare/Bolivia

Publicaciónes

- *Para Salvar la vida*
- *Atención a la Mujer y al Recién Nacido (Norma Boliviana de Salud)*
- *Diagnostico: Barreras y Viabilizadores en la Atención de Complicaciones Obstétricas y Neonatales*
- *Almanaque: Encuentro Multiétnico de muejeres bolivianas*
- *Estudio de Seroprevalencia y Factores de Riesgo de Sífilis Materna y Congénita Bolivia*
- *Memoria: 6ª Conferencia de Esposas de Jefes de Estado y de Gobierno de las Américas Hacia una Atención Integral y Humanizada de la Mujer*
- *Reunión Regional sobre: Diseño de Programas - Control de Anemia por Deficiencia de hierro en Latinoamérica*
- *Estudio de Costos del Paquete Materno - Neonatal en Salud Informe Estudio sobre: Distribución de Suplementos (Sulfato Ferroso)*
- *Boletín Municipal Trimestral "Cuidado Materno Municipal*

Manuales de Entrenamiento

- *Prevención y Control de la Sífilis Materna y Congénita - Manual de Capacitación para Proveedores de Servicios de Salud en Programas de Atención a la Mujer y el Niño - Módulos de Capacitación*
- *Prevención y Control de la Sífilis materna y congénita - Manual de Capacitación para Proveedores de Servicios de Salud en Programas de Atención a la Mujer y Niño - Guía del Capacitador*
- *Manejo de Complicaciones Obstétricas y Perinatales - Curriculo de Capacitación - Guía del Participante - Tomo I*
- *Manejo de Complicaciones Obstétricas y Perinatales - Curriculo de capacitación - Guía del Participante Tomo II*
- *Manual de Técnicas Y Procedimientos Obstétricos y Perinatales*

Monitoreo

- Cuaderno de consulta externa (para puestos de salud)
- Cuaderno de control prenatal y puerperio
- Cuaderno para el control de la mujer no gestante y la planificación familiar
- Cuaderno de hospitalización
- Cuaderno de emergencias
- Cuaderno de parto y recién nacido

Materiales de Información, Educación y Comunicación

- Triptico de la estrategia de IEC/C
- Calendario de control (sulfato ferroso)
- Manual básico para promotores (as) de salud en anemia
- Láminas de consejería para anemia
- Rotafolio de complicaciones obstétricas y neonatales
- Plan de acceso
- Impresión de envases para tabletas de sulfato ferroso

Afiches

- Recordatorio de consumo de tabletas de Sulfato Ferroso (afiche)
- Comunicación interpersonal
- Derechos de la mujer
- Flujograma logístico
- Señalización control prenatal

Volantes

- Lista de preguntas
- Invitación a la mujer embarazada al servicio de salud
- Derechos de la mujer embarazada

Campaña radial

- Un maletín conteniendo:
- 30 cassettes – sesenta capítulos – radio novela *Diario de un Destino* (Castellano, Quechua Aymara)
- 20 cuñas dirigidas a esposos
- 1 canción
- 4 cuñas publicitarias
- 1 resumen de la radio novela
- 1 manual de discusión

Se pueden solicitar materiales a:

MotherCare/Bolivia
Lisimaco Gutierrez
Pasaje 490, Casa 4
La Paz, Bolivia

MotherCare Matters es un boletín trimestral y una reseña bibliográfica sobre salud y nutrición materna y neonatal cuya producción está a cargo del Proyecto MotherCare. MotherCare es financiado por la Oficina de Salud y Nutrición de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (Contrato No. HRN-C-00-98-00050-00) y ejecutado por John Snow, Inc. y sus subcontratistas, el American College of Nurse-Midwives, Family Health International, el Programa de Tecnología Apropiada en Salud y la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. Las opiniones aquí expresadas son exclusivas de los autores y no reflejan necesariamente la opinión de la USAID ni de John Snow, Inc.

Cualquier pregunta, cambio de dirección u otra correspondencia deben dirigirse a ***MotherCare Matters,*** John Snow, Inc., 1616 North Fort Myer Drive, 11th Floor, Arlington, VA 22209, EE.UU. ***MotherCare Matters*** se puede duplicar y distribuir sin solicitar autorización.

Marjorie Koblinsky y Suzanne Jessop, Jefes de Redacción Técnica
Carla Chladek, Jefe de Redacción
Carla Chladek y Suzanne Jessop, Coordinadoras de Producción y Distribución

MotherCare desea reconocer a sus colegas en las oficinas de campo quienes ayudaron a crear este boletin incluyendo a Elizabeth de Bocaletti y Patty de León de MotherCare/Guatemala y Guillermo Seoane, Stanley Blanco, y Liliana Medinaceli de MotherCare/Bolivia. Tambien agradecemos la contribución editorial de David Pyle, JSI/Basics y Colleen Conroy, JSI/MotherCare. La ayuda de Maria Eugenia Morales, quien grabó la visita de Hillary Rodham Clinton, y la ayuda de la oficina de la Primera Dama fueron esenciales así como tambien lo fue la contribución de Patsy Bailey, Family Health International y Elizabeth Arteaga, Save the Children/Bolivia.

MotherCare™

JSI John Snow, Inc.
1616 N. Ft. Myer Dr., 11th Floor, Arlington, VA 22209
Tel: 703-528-7474
Fax: 703-528-7480

USAID
Agencia de los Estados Unidos
para el Desarrollo Internacional
Oficina de Salud

Visite nuestro sitio en la Web cuya dirección es
http://www.jsi.com/intl/mothercare