JHPIEGO An Affiliate of Johns Hopkins University

A GLOBAL LEADER IN IMPROVING HEALTH CARE FOR WOMEN AND FAMILIES

medición de los efectos de las intervenciones en el cambio de comportamiento y la prestación de servicios en Guatemala con resultados de encuestas de población

Maternal & Neonatal Health

JHPIEGO
An Affiliate of Johns Hopkins University
A GLOBAL LEADER IN IMPROVING HEALTH CARE FOR WOMEN AND FAMILIES

medición de los efectos de las intervenciones en el cambio de comportamiento y la prestación de servicios en Guatemala

con resultados de encuestas de población

Fannie Fonseca-Becker, DrPH
Catherine Schenck-Yglesias, MHS

USAID
UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT

JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL of PUBLIC HEALTH
Center for Communication Programs

Maternal & Neonatal Health

El Programa de Salud Materna y Neonatal (SMN) tiene el compromiso de salvar las vidas de madres y recién nacidos incrementando el uso oportuno de prácticas claves en salud y nutrición maternas y neonatales. El Programa de SMN es implementado a través de los esfuerzos conjuntos de JHPIEGO, el Centro para Programas de Comunicación de Johns Hopkins University, CEDPA (Centre for Development and Population Activities) y PATH (Program for Appropriate Technology in Health).
www.mnh.jhpiego.org

JHPIEGO, afiliado a Johns Hopkins University, forja alianzas mundiales y locales para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud ofrecidos a mujeres y familias en el mundo. JHPIEGO es líder mundial en el diseño de enfoques innovadores y eficaces para la formación de recursos humanos dentro del campo de la salud.
www.jhpiego.org

Derechos de autor © 2004 por JHPIEGO. Todos los derechos reservados.

Publicado por:
JHPIEGO
Brown's Wharf
1615 Thames Street
Baltimore, Maryland 21231-3492, USA

Editora: Dana Lewison
Versión en español: Roxana C. Del Barco

Diseño de cubierta y diagramación: Youngae Kim

Si tiene preguntas, favor dirigirse a:

Fannie Fonseca-Becker, Dr. PH
Senior Research Associate
Department of Population and Family Health Sciences
Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health
Center for Communication Programs
Correo electrónico: ffbecker@jhuccp.org

Catherine Schenck-Yglesias, MHS
Monitoring and Evaluation Advisor
Human Resources for Health Center of Excellence
JHPIEGO
Correo electrónico: cschenck-yglesias@jhpiego.net

ÍNDICE

LISTA DE CUADROS Y FIGURAS ..... **iv**

AGRADECIMIENTOS ..... **vii**

SIGLAS Y ABREVIATURAS ..... **viii**

RESUMEN EJECUTIVO ..... **ix**

INTRODUCCIÓN **1**

Supervivencia materna: la perspectiva global 1
Supervivencia materna en Guatemala 2
Breve introducción a la historia de las Iniciativas por la Maternidad Saludable en Guatemala 3
Componentes del Programa de SMN 5
La necesidad de evaluar las intervenciones de los programas en Maternidad Saludable 7

CÓMO MEJORAR LA OFERTA Y GENERAR LA DEMANDA **8**

Fortalecimiento de las instituciones de salud 8
Cambio de comportamiento y movilización comunitaria 13

MÉTODOS **19**

Movilización comunitaria y cambio de comportamiento 19
Medición del mejoramiento de la calidad en el sistema de salud 23

RESULTADOS **27**

Movilización comunitaria 27
Encuesta de población: conocimiento, percepciones y cambio de comportamiento 30
Mejoramiento del sistema de salud 39
Estudio de caso 47

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES **48**

APÉNDICE A. MOBILIZACIÓN DE RECURSOS PARA EL MEJORAMIENTO DEL DESEMPEÑO Y LA CALIDAD A NIVEL MUNICIPAL **51**

APÉNDICE B. FOLLETO DEL PLAN DE EMERGENCIA FAMILIAR **53**

BIBLIOGRAFÍA **55**

LISTA DE CUADROS Y FIGURAS

Cuadro 1 Áreas geográficas de inicio para las intervenciones del Programa de SMN, por departamento y municipio 19

Cuadro 2 Número de comunidades y hogares por estrato y departamento 21

Cuadro 3 Comparación de las respuestas de los líderes de comunidades y los datos del monitoreo del Programa de SMN sobre si una comunidad cuenta o no con un comité de salud comunitario, Departamentos de Quiché, Sololá y San Marcos 28

Cuadro 4 Distribución por sexo de características sociodemográficas seleccionadas, por línea basal y seguimiento 31

Cuadro 5 Porcentaje de respondientes con conocimiento de otros signos de peligro fuera del sangrado durante el embarazo, en la línea basal y por exposición en el seguimiento 33

Cuadro 6 Porcentaje de respondientes con conocimiento de los signos de peligro durante el parto, en la línea basal y el seguimiento 34

Cuadro 7 Porcentaje de respondientes que saben que su comunidad tiene un plan para ayudar a las mujeres y los recién nacidos a llegar al lugar de atención, en la línea basal y el seguimiento 36

Cuadro 8 Porcentaje de mujeres que hicieron planes de preparación para una emergencia en su último embarazo, por línea basal y por exposición en el seguimiento 37

Cuadro 9 Porcentaje de mujeres que recibieron atención prenatal por momento en que se hace la primera visita prenatal, en la línea basal y por exposición en el seguimiento 39

Cuadro 10 Porcentaje de distribución de mujeres que recibieron atención posparto, por tipo de proveedor de servicios, en la línea basal y el seguimiento 39

Cuadro 11 Necesidad satisfecha, seis departamentos, Guatemala, 1999–2003 43

Figura 1 Tendencia de la atención calificada en el parto, Guatemala, 1987–2002 3

Figura 2 Modelo de los cuatro retrasos para conceptualizar la supervivencia materna 6

Figura 3 Línea de tiempo para capacitación en servicio en AMNE y desarrollo de capacitadores clínicos 9

Figura 4 Línea de tiempo para la intervención en MDC 10

Figura 5 Intervención del Programa de SMN en el componente de MDC, y expansión, Guatemala, por departamento 11

Figura 6 Línea de tiempo de la intervención en el fortalecimiento del pregrado de enfermería en AMNE 13

Figura 7 Intervención del Programa de SMN en el fortalecimiento del pregrado de enfermería, y su expansión, Guatemala, por departamento 13

Figura 8 Línea de tiempo de las intervenciones de capacitación en servicio del programa de SMN en AMNE, MDC y cambio de comportamiento, con mediciones de la evaluación de impacto 16

Figura 9 Departamentos donde se implementaron las intervenciones en IEC y movilización comunitaria 17

Figura 10 "Intervenciones de marcación" de eficacia comprobada, seleccionadas por la OMS, que pueden medirse en el sistema de información de salud de rutina de un país 25

Figura 11 Porcentaje de mujeres que recibieron atención prenatal en su último embarazo, para la línea basal y de seguimiento, por paridad 32

Figura 12 Porcentaje de respondientes que saben que el sangrado abundante durante el embarazo/parto requiere atención en el establecimiento de salud, por línea basal, por exposición en el seguimiento y por sexo 33

Figura 13 Porcentaje de respondientes que saben que la fiebre alta después del parto es un signo de peligro, por sexo y por línea basal, y por exposición en el seguimiento 35

Figura 14 Porcentaje de respondientes femeninas que saben que la respiración rápida o la dificultad respiratoria son signos de peligro en el recién nacido, por exposición en el seguimiento 35

Figura 15 Porcentaje de mujeres que creen que madres y recién nacidos deben recibir servicios de un proveedor calificado, por tipo de servicio en la línea basal y por exposición en el seguimiento 37

Figura 16 Porcentaje de mujeres que dan a luz en un servicio del sistema de salud 38

Figura 17 Porcentaje de mujeres que buscaron servicios de un proveedor calificado para una complicación obstétrica, entre las mujeres que reportaron complicaciones por embarazo, parto y posparto 38

Figura 18 Tendencia en el puntaje de MDC (porcentaje de criterios de calidad satisfechos) por área técnica, hospital, Versión 1 41

Figura 19 Tendencia en el puntaje de MDC (porcentaje de criterios de calidad satisfechos) por área técnica, hospital, Versión 2 42

Figura 20 Porcentaje de partos en hospitales en los cuales se usó un partograma para monitorear el progreso, octubre 2003–marzo 2004 44

Figura 21 Tasas de episiotomía en primíparas con partos en hospitales, octubre 2003–marzo 2004 45

Figura 22 Porcentaje de partos vaginales en hospitales con manejo activo del tercer período del parto (MATTP), octubre 2003–marzo 2004 45

Figura 23 Porcentaje de cesáreas en hospitales, octubre 2003–marzo 2004 46

Figura 24 Porcentaje de recién nacidos en hospitales que fueron colocados inmediatamente en contacto piel-a-piel con la madre, octubre 2003–marzo 2004 46

AGRADECIMIENTOS

La preparación de este informe de impacto sobre cambio de comportamiento y otros tres realizados por el Programa de SMN fue directamente supervisada por Catherine Elkins, PhD, Directora de Monitoreo, Evaluación e Investigaciones del Programa de SMN. Las autoras agradecen asimismo a las siguientes personas y organizaciones por sus valiosos aportes a este estudio:

CENTRO PARA PROGRAMAS DE COMUNICACIÓN DE JOHNS HOPKINS UNIVERSITY:
Gwen Bergen, MPH
Robert Ainslie, MHS
Maria Borda, MPH
Brandon Howard
Kim Martin, MA
Rita Meyer

JHPIEGO:
Oscar Cordón, MD, MPH
Patricia de León Toledo
Maria Eugenia de Monroy
Demetrio Margos
Carol Tumaylle, MPH

GSD Consultores, Guatemala:
Ricardo Valladares
Irene Monzón

La publicación de este documento se hizo posible gracias al apoyo proporcionado por la División de Salud Materna e Infantil, Oficina de Salud, Enfermedades Infecciosas y Nutrición, Dirección para la Salud Mundial de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), conforme a los términos del Acuerdo N.° HRN-A-00-98-00043-00. Las opiniones expresadas en este documento son las de las autoras y no necesariamente reflejan las de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

SIGLAS Y ABREVIATURAS

AMNE	Atención materna y neonatal esencial
AOE	Atención obstétrica esencial
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil
IEC	Información, educación y comunicación
IMPAC	Manejo integral del embarazo y el parto (Integrated Management of Pregnancy and Childbirth, por sus siglas en inglés)
M&E	Monitoreo y evaluación
MDC	Mejoramiento del desempeño y la calidad
MSP	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNSR	Programa nacional de salud reproductiva
RMM	Razón de Mortalidad Materna
SMN	Salud Materna y Neonatal
TIMS©	Sistema de monitoreo de la información sobre capacitación (Training Information Monitoring System, por sus siglas en inglés)
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

RESUMEN EJECUTIVO

El fortalecimiento de los individuos y de las comunidades para reconocer y responder a las emergencias obstétricas es una meta concreta del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (abreviado MSP) de Guatemala y del Programa de Salud Materna y Neonatal (abreviado SMN). El Programa de SMN promueve el uso de la atención materna y neonatal calificada, la participación de la familia y la comunidad en esta atención, y las políticas de apoyo del gobierno para sostener estos esfuerzos. Este informe presenta los resultados de los esfuerzos de este Programa. El Programa de SMN en Guatemala empleó métodos de investigación para evaluar formalmente el impacto del componente de intervención en el cambio de comportamiento. Se utilizaron los sistemas de información sobre salud y gestión de rutina para construir indicadores de procesos de Maternidad Saludable para monitorear el componente de prestación de servicios de Atención materna y neonatal esencial (abreviado AMNE). Se utilizaron documentos programáticos a fin de monitorear el componente de la política. Los métodos y resultados de cada uno son presentados en este informe de impacto, agregándose a las evidencias relacionadas con la eficacia de fortalecer los esfuerzos de movilización comunitaria y de prestación de servicios para mejorar la supervivencia materna y neonatal en el mundo en desarrollo.

La razón de mortalidad materna en Guatemala cayó de alrededor de 219 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en 1989 a 153 en el 2000, pero continúa siendo una de las más altas de América Latina. Las causas principales de la mortalidad materna en Guatemala pueden prevenirse: hemorragia (53%), seguida por infecciones (14%) e hipertensión (12%). En la región occidental del país, entre el 69% y el 80% de las mujeres dan a luz en sus hogares, donde las complicaciones pueden conducir a la muerte si la familia y la comunidad no están preparadas para actuar apropiadamente en respuesta a la condición de emergencia. El Estudio RAMOS (sobre la mortalidad en edad reproductiva) efectuado en 2000 en Guatemala halló que las muertes maternas por lo general ocurrían dentro de las 24 horas de producido el parto.[1] Más de la mitad moría en el domicilio, y cuatro de cada 10 moría en un establecimiento de salud. El 60% de las madres que morían habían sido atendidas en el momento del parto por una partera tradicional o un miembro de la familia, o habían dado a luz solas. El 30% de las mujeres que murieron habían sido atendidas por un proveedor de salud capacitado.

Con el objetivo de atender los problemas de supervivencia materna en Guatemala, el MSP guatemalteco recibió asistencia técnica del Programa de SMN a fin de mejorar los servicios maternos esenciales y movilizar a los individuos y las comunidades para responder a las emergencias obstétricas de manera apropiada y oportuna. La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) apoya al Programa de SMN mediante su Programa para Guatemala-Centroamérica. El marco temporal para la implementación del Programa de SMN en Guatemala fue de 1999 a 2004.

El objetivo estratégico global del Programa de SMN es promover la supervivencia materna y neonatal en lugares de bajos recursos incrementando el uso de intervenciones apropiadas en salud y nutrición maternas y neonatales. El objetivo del Programa de SMN en Guatemala es incrementar la adopción de prácticas y la utilización de servicios que son fundamentales para la supervivencia materna y neonatal por medio de:

[1] Duarte MR et al. 2003. *Informe Final: Línea Basal de Mortalidad Materna para el Año 2000,* Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Ciudad de Guatemala, Guatemala.

- El establecimiento de una red de Atención materna y neonatal esencial (AMNE) acreditada y de alta calidad
- El aumento de la utilización apropiada de servicios comunitarios e institucionales acreditados
- El fortalecimiento de las políticas y normas implementadas para sostener la prestación adecuada de servicios de AMNE

Todas las intervenciones del Programa están diseñadas para conducir a resultados en las áreas anteriores. Los tres componentes trabajaron en conjunto sinérgicamente en Guatemala, atendiendo tanto la demanda como la oferta. La intervención en el cambio de comportamiento creó la demanda de servicios; los servicios recibidos habían sido mejorados mediante las intervenciones de AMNE; y el componente de la política contribuyó a fomentar un ambiente propicio para las mejoras en la salud materna y neonatal.

La meta del componente de cambio de comportamiento y de movilización comunitaria fue asegurarse de que las mujeres, sus familias y las comunidades conocieran los servicios mejorados y supieran cuándo y cómo obtenerlos. Los resultados de la investigación formativa y una encuesta de población de línea basal (1.008 mujeres y 499 hombres), que fue llevada a cabo en el 2001 en los tres departamentos donde comenzó el Programa de SMN (Quiché, San Marcos y Sololá), fueron utilizados para diseñar el componente de cambio de comportamiento y de movilización comunitaria del Programa. El personal del Programa promovía intervenciones de comunicación así como "planes de emergencia" familiar y comunitarios a fin de preparar a las embarazadas, sus familias y comunidades para tomar acción ante una emergencia obstétrica. Según los datos de monitoreo del Programa, para mayo de 2004, siete estados guatemaltecos formaban parte del Programa, 99 comunidades habían comenzado el proceso de movilización, 90 de ellas habían formado un comité, 31 habían desarrollado un plan de emergencia comunitario, y 33 embarazadas habían sido transportadas exitosamente a un establecimiento de salud gracias a los planes de emergencia comunitarios.[2]

Trabajando en estrecha colaboración con el MSP de Guatemala, el Programa desarrolló un enfoque de Mejoramiento del desempeño y de la calidad (abreviado MDC) utilizando un modelo de acreditación. El enfoque aseguró que hubiera establecimientos (hospitales, maternidades de la comunidad, centros y puestos de salud) que tuvieran personal calificado, así como insumos y sistemas de gestión en el lugar de modo que se pudieran atender las emergencias obstétricas. Debe advertirse que no sólo se tomó en cuenta el aspecto clínico sino también factores como la comunicación interpersonal, la prevención de infecciones y temas como quién podía acompañar a la mujer durante el parto.

El Programa desarrolló el modelo de acreditación basándose en un conjunto de criterios/estándares de calidad que se enfocaban en elementos clínicos y culturales de adecuación, interacción dinámica entre usuarias y proveedores, temas de acceso, tratamiento en el establecimiento, respeto por las usuarias y prácticas tradicionales, uso de las lenguas indígenas, personal competente, limpieza, equipo, transporte y servicios gratuitos. Los criterios fueron divididos en siete áreas: 1) atención en el embarazo, 2) atención durante el trabajo de parto, parto y posparto, 3) prevención de infecciones, 4) recursos humanos, físicos y materiales, 5) servicios de apoyo, 6) sistemas de gestión y 7) información, educación y comunicación (abreviado IEC). El número y los alcances de los criterios variaron

[2] Debe tenerse presente que estas 99 comunidades constituyen menos del 3% del total de 3.638 comunidades en los siete departamentos de la intervención, lo cual ilustra que cubrir una gran proporción de comunidades con este mismo diseño de intervención requeriría una cantidad de recursos programáticos considerablemente mayor.

ligeramente entre hospitales, maternidades de la comunidad, centros y puestos de salud para poder tener en cuenta las diferencias en la atención que ofrecía cada tipo de establecimiento.

El componente técnico de la AMNE también incluía cursos en grupo y cursos modulares para capacitar a los proveedores en habilidades clínicas de AMNE básica e integral, en prevención de infecciones, así como en comunicación interpersonal e intercultural. Mediante cursos sobre habilidades de capacitación clínica en grupos, el Programa de SMN y el MSP desarrollaron capacitadores clínicos calificados, docentes de pregrado y preceptores clínicos para continuar con el legado de capacitar a futuros grupos de proveedores calificados de AMNE en Guatemala. En cuanto al componente de la política, el Programa de SMN asistió al MSP para revisar la porción de AMNE del currículo de pregrado en las escuelas de enfermería del país, y apoyó en la institucionalización de normas y prácticas basadas en evidencias en los programas de maternidad saludable en todo el país.

Se utilizaron varios enfoques metodológicos para medir el impacto de los componentes del Programa de SMN en Guatemala. En el 2003, se llevó a cabo una encuesta transversal de hogares a mujeres en edad reproductiva y a sus parejas (1.098 mujeres y 545 hombres) en los tres departamentos de inicio del Programa para medir el impacto del componente de intervención en el cambio de comportamiento. Un diseño de prueba previa y posterior permitió hacer comparaciones con mediciones obtenidas en la encuesta de línea basal realizada en 2001. Los datos de la prueba posterior también fueron utilizados para medir las diferencias entre los que fueron expuestos y no expuestos a las actividades del Programa de SMN. Además, los investigadores realizaron entrevistas exhaustivas a los líderes de la comunidad, entrevistas grupales a los miembros del comité de salud y recogieron las historias de casos de mujeres que experimentaron complicaciones obstétricas en una de las comunidades con un comité de salud activo. Para los propósitos de este informe, los investigadores compararon sólo a aquellas mujeres que habían tenido un hijo en los 12 meses anteriores a la encuesta tanto en la línea basal (n=325) como en el seguimiento (n=787).

Casi un tercio (29%) de las mujeres y los hombres (31%) en la encuesta de seguimiento estuvieron expuestos a las actividades y los mensajes del Programa. Los hallazgos de la evaluación de impacto sobre el mejoramiento de la supervivencia materna a través de la comunicación del cambio de comportamiento, la movilización comunitaria y mejores servicios maternos muestran mejoramientos significativos en el conocimiento, las actitudes y las prácticas entre aquellos que fueron expuestos a las actividades del Programa. Los hallazgos seleccionados incluyen:

- Una cantidad significativamente mayor de mujeres y hombres en el seguimiento sabía que el sangrado abundante era un signo de peligro durante el embarazo: 31% de las mujeres y 22% de los hombres en la línea basal, comparados con el 66% y el 51% respectivamente que fueron expuestos a las actividades del Programa.
- La evaluación mostró un incremento significativo ($p<0,01$) en el porcentaje de hombres y mujeres que sabía que una mujer debía ser llevada a un establecimiento de salud si la placenta no había sido expulsada 30 minutos después del parto: 11% en la línea basal frente a 22% en el seguimiento para las mujeres expuestas y 12,6% para aquellas no expuestas; y 4,6% para los hombres en la línea basal frente a 19% para aquellos expuestos en el seguimiento y 7% entre los no expuestos.
- Las mujeres en la línea basal ($p<0,01$) tenían menos probabilidad de creer que una mujer debía ser atendida por un asistente calificado en la etapa prenatal (65,5%) que las mujeres expuestas en el seguimiento (93%).

- Una tercera parte (35%, p<0,01) de las mujeres expuestas a la intervención en el seguimiento reportaron tener un plan para el transporte en caso de una emergencia obstétrica. Doce por ciento de las mujeres no expuestas en el seguimiento y sólo el 5% de todas las mujeres en la línea basal reportaron haber hecho este tipo de arreglo.
- El porcentaje de mujeres que reportaron haber apartado dinero para una emergencia fue significativamente mayor (p<0,01) para aquellas expuestas en el seguimiento que en la línea basal: el 7% de las mujeres en la línea basal comparado con el 74% (p<0,01) de aquellas expuestas en el seguimiento y el 26% entre las no expuestas.
- El porcentaje de mujeres que creía que una madre debía recibir atención calificada en el parto se elevó del 42% en la línea basal al 78% (p<0,01) entre aquellas expuestas en el seguimiento. Un porcentaje más alto también creía que las mujeres debían recibir atención posparto: 62% en la línea basal a 82% (p<0,01) en el seguimiento. Los hombres en el estudio reportaron cambios similares.

Estos resultados de impacto suministran evidencia de que la colaboración entre las entidades públicas y privadas puede conducir a un mayor conocimiento, a mejores actitudes y a un cambio de comportamiento que luego puede contribuir a la supervivencia materna y neonatal. Son necesarios esfuerzos continuos para reforzar el componente de movilización comunitaria del Programa de SMN en Guatemala, así como para asegurarse de que más mujeres y sus parejas sigan aprendiendo cómo prepararse para una emergencia obstétrica.

Las fuentes de datos para el componente de AMNE incluyeron las estadísticas de capacitación y una base de datos de MDC que se mantuvieron en la oficina de SMN/Guatemala, y los registros de nacimientos que se mantuvieron en los establecimientos de salud donde se atienden los partos.

A continuación, los resultados clave del componente de AMNE:

- De 2001 a 2003, el Programa de SMN enseñó habilidades de AMNE básica a 66 proveedores de salud y habilidades de AMNE integral a 60 proveedores de servicios. Además, el Programa desarrolló un grupo central de 28 capacitadores clínicos guatemaltecos.
- Los capacitadores clínicos guatemaltecos siguieron desarrollando a 29 capacitadores clínicos más y comenzaron a capacitar a más proveedores de AMNE haciendo uso de un enfoque de capacitación modular. A partir de mayo de 2004, 20 de estos proveedores habían completado todos los módulos de AMNE básica y otros 44 habían completado todos los módulos de AMNE integral. Además, 422 proveedores todavía estaban inscritos en el curso de AMNE básica y 194 proveedores en el curso de AMNE integral, y todos estos proveedores habían completado al menos un módulo de su capacitación.
- El Programa de SMN trabajó con el MSP para prestar capacitación en prevención de infecciones a 332 participantes y capacitación en relaciones interpersonales y comunicación intercultural a 440 participantes durante la duración del Programa.
- Los datos de MDC que se presentan abajo se refieren a los establecimientos de salud apoyados por el Programa de SMN; estos crecieron en número de 69 en 2001 a 140 en 2003:
    - El primer centro de salud fue acreditado en 2002 como un establecimiento de AMNE de calidad por el MSP mediante el proceso de MDC, y para junio de 2004, 18 establecimientos de salud habían alcanzado la acreditación. Esta lista se compone de dos hospitales, nueve

centros de salud y siete puestos de salud, o 12,8% de los 140 establecimientos que el SMN apoyó en el proceso de MDC durante 2003.

- De los 18 establecimientos acreditados, hay cinco en Suchitepéquez, cuatro en Quiché, y San Marcos respectivamente, dos en Sololá y Quetzaltenango respectivamente, y uno en Retalhuleu.
- El porcentaje de establecimientos que posee un conjunto de normas y protocolos de AMNE disponibles en el lugar creció del 2,8% en 2001 al 16,9% en 2002 y al 44% en 2003.

- Los datos de MDC que se presentan abajo se refieren a los hospitales apoyados por el Programa de SMN: siete en 2001, diez en 2002 y ocho en 2003:
  - El porcentaje de hospitales que realiza la descontaminación adecuada de los instrumentos aumentó del 0 al 50% al 100% en 2001, 2002 y 2003. Y todos los hospitales han visto un incremento en sus puntajes de MDC en prevención de infecciones cada año que fueron evaluados.
  - Partiendo del 28,5% en 2001, el 63% de los hospitales poseen insumos y equipos adecuados para la AMNE en sus salas de trabajo de parto y parto en 2003.
  - Sesenta y tres por ciento de los hospitales cuenta con alguna forma de enlace con un comité de salud comunitario, partiendo de un 14% en 2001.
  - A partir de mayo de 2004, tres de ocho hospitales contaban con un banco de sangre que funciona las 24 horas del día.
- Los datos a continuación provienen de los registros de nacimientos en siete hospitales donde se realizó la intervención, utilizando totales de seis meses desde octubre de 2003 a marzo de 2004:
  - El porcentaje promedio de nacimientos donde el proveedor había utilizado un partograma fue del 60%, con un rango de 33–87%. La meta del MSP es el uso universal del partograma para monitorear el progreso del parto.
  - En promedio, al 35% de las primíparas que tuvieron un parto vaginal se les practicó una episiotomía en los hospitales del Programa. El rango era 11–72%. Esto se compara con una publicación reciente del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP)/Organización Panamericana de la Salud (abreviado OPS) que muestra un rango de 69–92% en la tasa de episiotomías para primíparas en un estudio de hospitales latinoamericanos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que **no** se realicen episiotomías de rutina como intervención médica, ya que no brinda beneficios para la madre ni para el niño y puede aumentar el riesgo de complicaciones.
  - Sesenta y ocho por ciento de los recién nacidos fueron puestos de inmediato en contacto piel-a-piel con sus madres, con un rango de 33–90%. La recomendación de la OMS es el uso universal de esta práctica para proteger contra la hipotermia y para el apego emocional.
  - El porcentaje promedio de partos vaginales en los cuales el proveedor había realizado el manejo activo del tercer período del parto fue del 79%, variando del 17% al 100% en los hospitales del Programa. Los protocolos clínicos requieren el uso universal del manejo activo del tercer período en los partos vaginales para la prevención de la hemorragia posparto, una de las principales causas de mortalidad materna en Guatemala.

El componente de la política tuvo los siguientes logros principales:

- El Programa de SMN trabajó con el MSP para incorporar medicina basada en evidencias en las porciones revisadas de la AMNE del currículo de pregrado en siete de las ocho escuelas de

enfermería en Guatemala. Los nuevos currículos fueron utilizados con los estudiantes de enfermería en las siete escuelas en el año académico 2003–2004.

- Varios productos técnicos o metodologías del Programa de SMN fueron institucionalizados por el MSP durante la duración del Programa: el manual Manejo de las complicaciones durante el embarazo y el parto (*Managing Complications in Pregnancy and Childbirth)* desarrollado en colaboración con la OMS, la metodología de la capacitación basada en la competencia, los planes de emergencia comunitarios y familiares, y la capacitación en relaciones interpersonales y comunicación interpersonal.
- Seis agencias donantes, ocho municipios, nueve organizaciones no gubernamentales (ONG), tres asociaciones profesionales y cinco entidades privadas adoptaron al menos un producto o servicio técnico del Programa de SMN para utilizar en sus propias actividades de maternidad saludable.

MEDICIÓN DE LOS EFECTOS DE LAS INTERVENCIONES EN EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO Y LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN GUATEMALA

INTRODUCCIÓN

Supervivencia materna: la perspectiva global

Las complicaciones a partir del embarazo y del parto son responsables de la muerte de más de 500.000 mujeres en todo el mundo cada año.[3] Se calcula que cada año otros 10 millones de mujeres se ven afectadas por infecciones o lesiones relacionadas con el embarazo y el parto[2]. La mayoría de la morbilidad y mortalidad materna relacionada con el embarazo y el parto se produce en el mundo en desarrollo, y podría evitarse si las mujeres y sus familias supiesen cuándo buscar ayuda y cómo acceder al sistema de atención de salud y, por consiguiente, recibiesen atención por parte de proveedores calificados.[4] En el año 2000, los líderes de 189 países acordaron, durante el Encuentro del Milenio de las Naciones Unidas, trabajar hacia una meta común que consiste en reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes para el año 2015.

La toma de conciencia del número de víctimas que las complicaciones del embarazo y el parto producen en la población adquirió preponderancia en 1987 con el lanzamiento de la Iniciativa por la Maternidad Saludable en una conferencia internacional celebrada en Nairobi, Kenia. Después de 10 años de actividades, en un encuentro mundial de consulta técnica celebrado en 1997 en Colombo, Sri Lanka, los representantes de las agencias internacionales que co-patrocinaban la Iniciativa por la Maternidad Saludable revisaron las lecciones aprendidas e identificaron las estrategias que habían demostrado ser eficaces para frenar la morbilidad y mortalidad maternas en todo el mundo.[5] Un mejor acceso a servicios maternos de alta calidad y un sistema de referencia eficaz iniciado a nivel de la comunidad fueron identificados como dos de los factores más importantes que contribuyen a una mejor supervivencia materna.[4] Otros factores clave incluyeron la presencia de un asistente calificado en el parto y la accesibilidad al transporte en caso de complicaciones.[4] En el 2000, se lanzó la iniciativa Hacia un Embarazo más Saludable con el fin de apoyar los esfuerzos de Maternidad Saludable de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta iniciativa enfatizó la necesidad no sólo de mejorar la calidad de los servicios de salud materna, sino también de aumentar la conciencia y la planificación a nivel de la comunidad y la familia para posibilitar y apoyar el acceso de las mujeres a la atención por proveedores calificados en caso de necesidad.[6]

---

[3] Organización Mundial de la Salud (OMS). 1999. *Making Pregnancy Safer*. Ficha de información N.º 276. OMS: Ginebra.
[4] "El término "proveedor calificado" se refiere exclusivamente a personas con habilidades obstétricas (por ejemplo obstetrices, médicos y enfermeras) que han sido capacitados para adquirir pericia en las habilidades necesarias para manejar partos normales, y manejar complicaciones obstétricas o hacer la referencia correspondiente." *Fuente*: Declaración Conjunta de la Organización Mundial de la Salud (OMS)/ Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP)/UNICEF/Banco Mundial sobre la Reducción de la Mortalidad Materna. 1999. OMS: Ginebra.
[5] *Agenda de acción de Maternidad Saludable: Prioridades para la siguiente década*. 1997. Grupo inter-agencias para la Maternidad Saludable.
[6] World Health Organization (WHO). 2003. *Working with Individuals, Families and Communities to Improve Maternal and Newborn Health*. WHO: Ginebra.

Supervivencia materna en Guatemala

Guatemala tiene uno de los peores resultados de salud de toda Latinoamérica, debido en parte a sus prolongados conflictos civiles y su pobreza generalizada. Su población —mayoritariamente indígena y rural— vive en condiciones que son de las más difíciles en América Central. Menos de la mitad de la población guatemalteca tiene acceso a servicios de salud, y la combinación de pobres indicadores de salud y la escasa utilización de los establecimientos públicos sugiere que el tipo, el número y la calidad de los servicios que presta el gobierno no satisfacen las necesidades de la población.[7] Si bien la razón de mortalidad materna en Guatemala declinó de aproximadamente 219 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en 1989 a 153 en 2000[8], continúa siendo una de las más altas en Latinoamérica. Las principales causas de mortalidad materna en Guatemala pueden prevenirse, y son: hemorragia (53%), seguida por infección (14%) e hipertensión (12%)[9]. En la parte occidental del país, entre el 69% y el 80% de las mujeres dan a luz en el hogar, donde las complicaciones pueden llevar a la muerte si la familia y la comunidad no están preparadas para actuar. El estudio de mortalidad materna RAMOS 2000 en Guatemala halló que las "muertes maternas por lo general ocurrieron dentro de las 24 horas de la resolución del embarazo. Más de la mitad murieron en el hogar y 4 de 10 murieron en un establecimiento de salud. El 60% de esas madres que murieron habían sido atendidas en el momento del parto por una partera tradicional, un miembro de la familia o estaban solas cuando dieron a luz. El 30% de las que murieron habían sido atendidas por un proveedor de salud capacitado."[10] El Ministerio de Salud (abreviado MSP) de Guatemala considera los aspectos físicos, sociales, de género, étnicos y culturales como factores clave que afectan el acceso a la atención calificada para el parto.

Stanton muestra que los datos de la Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil (abreviada ENSMI) y el estudio RAMOS de los años 80 hasta el 2000 revelaron una desigualdad persistente en las tendencias de los indicadores relacionados con la maternidad saludable entre las sub-poblaciones de mujeres guatemaltecas. Si bien en 1987 la tasa nacional de atención calificada de 29% fue baja, el 84% de los partos de mujeres en la quintila de riqueza más alta recibieron atención calificada, comparado con el 9% de partos en la quintila de riqueza más baja.[11] Otra manera en la que se pueden analizar significativamente los datos de Guatemala es por etnicidad, ya que la población indígena es severamente desatendida con respecto a la población ladina. Incluso en 1998, sólo el 17% de las mujeres indígenas recibía atención en el parto en comparación con al menos el 60% de las mujeres ladinas. Los datos de la ENSMI muestran que el área metropolitana de la Ciudad de Guatemala tuvo el mejor acceso a atención prenatal y atención calificada durante el parto en los establecimientos de salud, y una de las tasas más bajas de mortalidad neonatal de 1995 a 1998. Las regiones noroeste y sudoeste tuvieron tasas altas de partos domiciliarios y mortalidad neonatal, y escaso uso de asistentes calificados en la atención prenatal y el parto. Aunque la situación mejoró en todas las regiones en cuanto al acceso a la atención prenatal calificada, las tasas de partos domiciliarios y partos con un asistente calificado han permanecido bastante constantes a nivel

---

[7] Maternal and Neonatal Health (MNH) Program. 2003b. *Shaping Policy for Maternal and Newborn Health: A Compendium of Case Studies*. JHPIEGO: Baltimore, Maryland.

[8] Duarte MR et al. 2003. *Informe Final: Línea Basal de Mortalidad Materna para el Año 2000,* Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Ciudad de Guatemala, Guatemala.

[9] Ministerio de Salud de Guatemala. 2003. *Lineamientos Estratégicos para Reducir la Mortalidad Materna,* Ministerio de Salud Pública, República de Guatemala. (Marzo)

[10] *Lineamientos Estratégicos para Reducir la Mortalidad Materna*, Ministerio de Salud Pública, República de Guatemala, marzo de 2003, p. 5.

[11] Stanton C. 2004. *Effects of Social and Demographic Factors on Trends in Use of Maternal Health Care: A Comparison of Guatemala and Honduras*. Presentación en *Population Association of America Annual Meeting*, Boston, Massachusetts, abril 1–3.

nacional en los últimos años (ver la **Figura 1**). Y en algunas regiones, los datos de la ENSMI han mostrado que la mortalidad neonatal está en aumento.

Figura 1. Tendencia de la atención calificada en el parto, Guatemala, 1987–2002

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil en Guatemala

Breve introducción a la historia de las Iniciativas por la Maternidad Saludable en Guatemala

La posición oficial del gobierno de Guatemala con respecto a varias políticas sociales y de salud reproductiva nacionales e internacionales cambió el nivel de apoyo político y social para mejorar la salud de la mujer y aumentar la participación comunitaria en la Maternidad Saludable dentro del país en los pasados 17 años. Shiffman y Garcés de Letona proporcionan una historia completa de las iniciativas de la Maternidad Saludable en Guatemala, utilizando una metodología de estudio de casos. Encontraron que antes de 1987, pocos programas de salud atendían la mortalidad materna en este país mayoritariamente indígena de América Central.[12] La conferencia internacional de 1987 en Nairobi fue el impulso para que comenzara a ponerse atención en la Maternidad Saludable en Guatemala, con la firma de la declaración de la conferencia por parte del delegado nacional de Guatemala. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) siguió la conferencia de Nairobi creando una estrategia de Maternidad Saludable para la Región de las Américas, colocando a Guatemala en un grupo de países prioritarios que necesitaban atender la alta mortalidad materna.

Una de la primeras acciones iniciadas en Guatemala hacia las metas de la Maternidad Saludable declaradas en Nairobi fue documentar la razón de mortalidad materna (RMM) actual a fin de contar con apoyo para pedir la acción del gobierno. El estudio de la mortalidad materna solicitado en 1989 reveló una RMM de 219 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos.[13] Esto condujo a la elaboración de un plan nacional de reducción de la mortalidad materna para 1992–1996. Sin

[12] Shiffman J y A Garcés de Letona. 2004. *An Institutional Analysis of Safe Motherhood in Guatemala*. Presentación en *Population Association of America Annual Meeting*, Boston, Massachusetts, abril 1–3.
[13] Duarte MR et al. 2003. *Informe Final: Línea Basal de Mortalidad Materna para el Año 2000,* Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Ciudad de Guatemala, Guatemala.

embargo, los cambios políticos y otras prioridades de salud urgentes, como la lucha contra las enfermedades infecciosas y el enfoque en las metas de supervivencia infantil (más de dos tercios de los niños indígenas guatemaltecos sufren de desnutrición crónica[14]) desviaron la atención de la Maternidad Saludable en el sector de salud, y este plan nunca se llevó a cabo como estaba previsto. El apoyo político a la Maternidad Saludable decayó durante la década de 1990 debido a un entorno político conservador.[15]

Los Acuerdos de Paz de 1996 pusieron fin a 30 años de conflictos civiles en Guatemala. En ellos se explica la importancia de que exista un mayor apoyo y gasto público para necesidades socioeconómicas, extendiendo la recomendación de asignar una proporción importante del presupuesto nacional de salud a las medidas de salud preventivas y a la reducción de la mortalidad materna en Guatemala. Sin embargo, los acuerdos se firmaron en un momento en que los que elaboraban la política nacional eran conservadores, muchos ligados a la Iglesia Católica, y eran menos que receptivos a los defensores de la salud reproductiva que se esforzaban por poner en práctica estas políticas.

A pesar de los reveses nacionales a nivel político, los esfuerzos técnicos conducidos por donantes llevaron adelante la agenda de Maternidad Saludable. Por ejemplo, *MotherCare*, un proyecto financiado por la USAID, funcionó en Guatemala de 1994 a 1999. *MotherCare* capacitó a las parteras tradicionales para reconocer los signos de peligro durante el embarazo y el parto y dónde buscar asistencia, e incrementó la calidad y la cobertura de la atención obstétrica esencial (abreviado AOE) en los establecimientos de salud oficiales; lo cual incluyó hacer la atención en los hospitales más "amigable para la mujer" y culturalmente apropiada para la clientela indígena a través de la sensibilización de los proveedores[16] (Jessop 2000). La Unión Europea apoyó la ampliación a mayor escala de algunos programas de *MotherCare* más allá de las áreas geográficas que fueron su objetivo inicial. Sin embargo, el país en su totalidad todavía sufría de problemas a gran escala referentes al acceso y la calidad de atención, y la mortalidad materna persistentemente alta.

En 1998, se estableció el Programa de Salud Materna y Neonatal (abreviado SMN) para continuar el trabajo iniciado por el Proyecto *MotherCare* con el fin de reducir las muertes de madres y recién nacidos en el mundo en desarrollo. El Programa de SMN promueve políticas de apoyo, la importancia de la continuidad de atención, el uso de atención materna y neonatal calificada, y la participación comunitaria. Reconocer las emergencias obstétricas y tomar la acción apropiada son las

---

[14] Santiso-Galvez R y J Bertrand. 2004. The Delayed Contraceptive Revolution in Guatemala. *Human Organization* 63: 57–67.

[15] La delegación de Guatemala a la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de 1994 en El Cairo refrendó el Plan de Acción de la CIPD, "pero declaró formalmente su reserva sobre la totalidad del Capítulo 7 relacionado con los derechos sexuales y reproductivos, la salud sexual y reproductiva, la regulación de la fertilidad y conceptos relacionados. Cinco años más tarde, la delegación oficial de Guatemala a las reuniones Cairo + 5 de La Haya y Nueva York reiteró su desacuerdo con el Plan de Acción de Cairo en estos puntos". (Santiso-Galvez y Bertrand 2004). Esta postura política conservadora también tuvo efectos en el trabajo técnico para la Maternidad Saludable que se estaba intentando hacer en el país, por ejemplo, cuando el gobierno guatemalteco redujo el financiamiento para el módulo de mortalidad materna de una encuesta demográfica y de salud en 1995, lo que no permitió obtener un tamaño de muestra adecuado para determinar exactamente la tasa nacional de mortalidad materna (Shiffman y Garcés 2004). Tal como explican Shiffman y Garcés, esta cuestión de medición tuvo impactos posteriormente cuando los Acuerdos de Paz de 1996 monitoreados por las Naciones Unidas obligaron al gobierno a reducir la mortalidad materna en la mitad para el año 2000, debido a que esta probablemente subestimada RMM de 190 de la encuesta de 1995 tuvo que utilizarse como la cifra de línea basal para medir el progreso hacia las metas de reducción de la mortalidad materna.

[16] Jessop SM et al. (eds). *MotherCare Initiatives: Actions and Results from 31 Projects, 1993–2000*. John Snow, Inc.: Arlington, Virginia.

metas del MSP y del Programa de SMN en Guatemala, que fue implementado por JHPIEGO, afiliado a Johns Hopkins University, y el Centro para Programas de Comunicación de Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (JHU/CCP, por sus siglas en inglés). La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional apoya al Programa de SMN a través de su Programa para Guatemala-Centroamérica. El marco temporal de funcionamiento del Programa fue de 1999 a 2004.

En el año 2000, el gobierno estableció un consejo nacional de salud y el Programa Nacional de Salud Reproductiva (abreviado PNSR). La Política Nacional de Guatemala para la Promoción y el Desarrollo de la Mujer Guatemalteca y el Plan de Igualdad de Oportunidades, decretados en enero de 2001, incluyeron la promoción de la salud integral de la mujer como una plataforma para el desarrollo. En respuesta a la publicación del Informe de Línea Basal de Mortalidad Materna en 2000, que reveló una RMM de 153 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, muy lejos de la reducción a la mitad de una línea basal de RMM de 190 de 1995 a la que apuntaban los Acuerdos de Paz de 1996, el PNSR propuso lineamientos estratégicos para facilitar un esfuerzo intersectorial y multifacético para reducir la mortalidad materna. Los lineamientos reconocen que era necesario que las intervenciones estuviesen dirigidas a mejorar el acceso de las mujeres a la atención obstétrica esencial y los servicios integrados de salud reproductiva.[17] En octubre de 2001, la Ley sobre el Desarrollo Social estableció decretos para reducir las tasas de mortalidad, y enfatizó las necesidades dentro de las sub-poblaciones maternas e infantiles.[18] En 2002, el gobierno aprobó la Ley de Decentralización y las enmiendas a la Ley de Consejos para el Desarrollo Rural y Urbano y el Código Municipal, que delineaban los esfuerzos requeridos (p. ej., programas, proyectos y acciones concretas), apelando especialmente a los gobiernos departamentales y municipales, la sociedad civil y las comunidades para que implementen intervenciones destinadas a reducir la mortalidad materna.[19]

Componentes del Programa de SMN

Sobre la base de los avances realizados por *MotherCare* —proyecto financiado por la USAID— en el área de salud materna en medio del difícil ambiente político nacional de Guatemala en la década de 1990, SMN/Guatemala, el Programa de SMN financiado por la USAID, ha brindado asistencia técnica al MSP de 1999 a 2004. El objetivo estratégico global del Programa de SMN es promover la supervivencia materna y neonatal en los lugares de bajos recursos incrementando el uso de intervenciones apropiadas en nutrición y salud maternas y neonatales. La meta del Programa de SMN en Guatemala es aumentar la adopción de prácticas y el uso de servicios fundamentales para la supervivencia materna y neonatal:

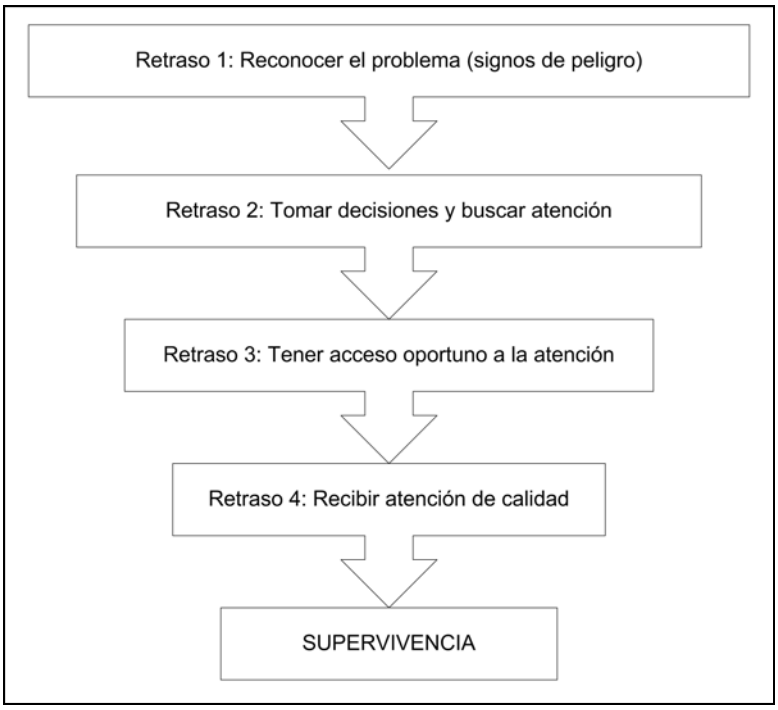
- estableciendo una red de atención materna y neonatal esencial (abreviado AMNE) acreditada, de alta calidad
- incrementando el uso apropiado de servicios institucionales y de la comunidad acreditados
- fortaleciendo las políticas y normas implementadas para sostener una adecuada provisión de servicios de AMNE

[17] Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. 2003. *Lineamientos Estratégicos para Reducir la Mortalidad Materna.* Ministerio de Salud Pública, República de Guatemala. (Marzo)
[18] Ibid.
[19] Maternal and Neonatal Health (MNH) Program. 2003b. *Shaping Policy for Maternal and Newborn Health: A Compendium of Case Studies.* JHPIEGO: Baltimore, Maryland.

A fin de alcanzar estas metas, el Programa de SMN en Guatemala lleva a cabo dos iniciativas técnicas principales: **AMNE** (mejorando los servicios de atención materna y neonatal) e **Intervención en el cambio de comportamiento** (aumentando la demanda de servicios maternos y neonatales de alta calidad en todos los niveles), y además contribuye a una tercera iniciativa, la Política (mejorando el entorno político para la supervivencia materna y neonatal). Todas las intervenciones del Programa están diseñadas para conducir a resultados en las áreas anteriores.

El Programa de SMN ha apoyado los esfuerzos del MSP para sostener los cambios institucionales y comunitarios y ha trabajado estrechamente con las contrapartes del MSP para ayudar en el diseño e implementación de estrategias de comunicación y atención de calidad que tengan un impacto en la mortalidad materna durante el embarazo, parto y posparto. Los lineamientos estratégicos del PNSR delinean estrategias para reducir los cuatro retrasos que contribuyen a la mortalidad materna (ver la **Figura 2**). En general, los lineamientos establecen que los retrasos pueden superarse a través de la participación, el compromiso y las responsabilidades/receptividad de quienes juegan un papel clave en la vida diaria de la mujer: la matrona/obstetriz, el esposo, su comunidad y actores que la rodean, y los puestos y centros de salud.[20] Por lo tanto, la implementación de acciones que son integrales y responden a la mujer y su entorno pueden prevenir o reducir de manera significativa los retrasos que contribuyen a la mortalidad materna.

Figura 2. Modelo de los cuatro retrasos para conceptualizar la supervivencia materna



Fuente: Traducido y adaptado gráficamente del documento original del Ministerio de Salud de Guatemala: *Lineamientos Estratégicos para Reducir la Mortalidad Materna.* Ministerio de Salud Pública, República de Guatemala. (Marzo de 2003)

[20] Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. 2003. *Lineamientos Estratégicos para Reducir la Mortalidad Materna.* Ministerio de Salud Pública, República de Guatemala. (Marzo)

La necesidad de evaluar las intervenciones de los programas en Maternidad Saludable

En su artículo "Where is the "E" in MCH? The need for an evidence-based approach in safe motherhood," Miller y sus colegas invitan a los programas a evaluar sus intervenciones:

> Medir el impacto de las intervenciones obstétricas en mortalidad y/o morbilidad materna es particularmente difícil en los países en desarrollo, donde se producen la mayoría de las muertes maternas. Por lo tanto, la planificación de los programas ha estado basada en la teoría más que en la eficacia comprobada… . Una evaluación adecuada de la eficacia de las intervenciones en las circunstancias reales de la vida en los países en desarrollo es una manera eficaz de identificar intervenciones para reproducir programas a gran escala y podría acelerar el progreso para reducir las muertes maternas.[21]

Stanton cita un reciente informe de revisión de Koblinsky el cual, en la literatura revisada por homólogos expertos, encontró solo siete estudios de evaluación sobre programas de intervención en el cambio de comportamiento para la Maternidad Saludable que tienen como intención incrementar el uso de los servicios de salud. Ninguno de los diseños ni tamaños de muestra de estos estudios era adecuado para servir como evidencia confiable de que cualquier aumento observado en la atención calificada en el parto podía atribuirse a las intervenciones programáticas en el cambio de comportamiento.[22] En lo que respecta a la prestación de servicios, Johanson, Newburn y Macfarlane reconocieron que: "lo que todavía no queda claro es cuál es la contribución relativa a los resultados de partos de las actitudes de los profesionales de la salud, la continuidad de la atención, la atención manejada por la matrona/obstetriz o con base en la comunidad, y la implementación de prácticas específicas"[23].

El Programa de SMN se proponía monitorear y evaluar los diversos componentes del Programa desde el comienzo, pero requerimientos recientes en la literatura para proporcionar más de esta evidencia subrayan aún más la necesidad del rigor y la calidad de los datos recolectados, lo que en definitiva serviría para apoyar o refutar las afirmaciones sobre la eficacia del Programa. Esto es particularmente importante en una era de escasos recursos cuando se deben buscar las intervenciones más costo-eficaces para implementar en un paradigma programático basado en evidencias.

El Programa de SMN en Guatemala tiene un marco estructural de monitoreo y evaluación (abreviado M&E) con listas de los indicadores que se deben medir bajo cada objetivo estratégico y resultado intermedio propuesto en el acuerdo cooperativo con USAID/Guatemala para este programa. Los indicadores relacionados con el componente de AMNE son indicadores de proceso para la Maternidad Saludable ya establecidos que se basan en la implementación de las mejores prácticas. Sin embargo, los indicadores relacionados con el componente de la intervención en el cambio de comportamiento consideran la preparación para el parto en un sentido amplio:

---

[21] Miller S et al. 2003. Where is the "E" in MCH? The need for an evidence-based approach in safe motherhood. *Journal of Midwifery and Women's Health* 48(1): 10–18.
[22] Stanton CK. 2004. Methodological issues in the measurement of birth preparedness in support of safe motherhood. *Evaluation Review* 28(3): 179–200.
[23] Johanson R, M Newburn y A Macfarlane. 2002. Has the medicalisation of childbirth gone too far? *British Medical Journal* 324: 892–895. (Abril 13)

> En tanto que el conjunto original de indicadores de proceso para la Maternidad Saludable tendía a reflejar la disponibilidad de atención en los establecimientos de salud y la búsqueda de atención por parte de la embarazada, la preparación para el parto amplía lo que cubren los procesos conceptualizados como aquellos que están en el camino hacia la mortalidad o la supervivencia materna. Hace esto incluyendo el conocimiento de los signos de peligro del embarazo y la planificación anticipada para una posible emergencia obstétrica, y reconociendo que la preparación para el parto es importante no sólo para la embarazada, sino también para los esposos, los familiares, las comunidades, los proveedores de salud, los establecimientos de salud y quienes diseñan las políticas.[24]

El Programa de SMN en Guatemala empleó métodos de investigación para evaluar formalmente el impacto del componente de la intervención en el cambio de comportamiento. Se utilizaron sistemas de información de gestión y de salud de rutina a fin de construir los indicadores de proceso de la Maternidad Saludable para monitorear el componente de prestación de servicios de AMNE. Se usaron documentos del programa para monitorear el componente de la política. Los métodos y los resultados de cada uno se presentan en este informe de impacto.

CÓMO MEJORAR LA OFERTA Y GENERAR LA DEMANDA

Fortalecimiento de las instituciones de salud

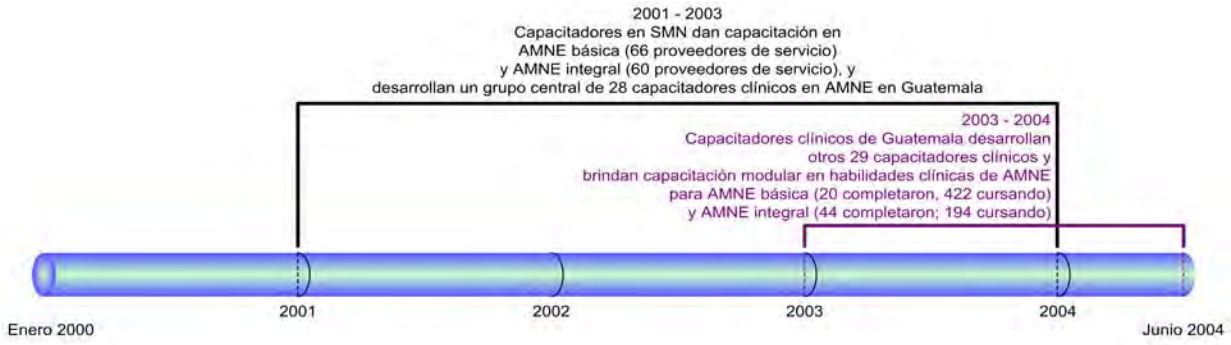
Con el apoyo técnico del Programa de SMN bajo el componente técnico de la AMNE, el MSP desarrolló un modelo de mejoramiento del desempeño y la calidad (abreviado MDC) y de acreditación para mejorar la calidad de la atención materna y del recién nacido en los establecimientos de salud, capacitó a proveedores en habilidades de AMNE básica e integral, y desarrolló capacitadores calificados, docentes de pregrado y preceptores clínicos para continuar con el legado de capacitar a futuros grupos de proveedores en Guatemala.

La capacitación en servicio para AMNE suministrada a través del Programa de SMN en Guatemala se basó en la serie de recursos de Manejo Integral del Embarazo y el Parto desarrollados por la OMS (*Integrated Management of Pregnancy and Childbirth*, IMPAC, por sus siglas en inglés), que define el estándar internacional para la atención basada en evidencias.[25] Las referencias específicas utilizadas en la capacitación en servicio así como en la actualización de los currículos de pregrado de las escuelas de enfermería de Guatemala fueron el manual *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetrices y médicos* y el manual *Managing Newborn Problems: A Guide for Doctors, Nurses and Midwives* (Manejo de los problemas en el recién nacido: Guía para médicos, enfermeras y obstetrices). Como se muestra en la línea de tiempo abajo, durante 2001–2002, los capacitadores de SMN brindaron capacitación en habilidades clínicas a los proveedores de servicios, y luego desarrollaron un grupo central de profesionales de salud expertos para convertirse en capacitadores clínicos. De 2003–2004 este grupo de 28 capacitadores fue capaz de seguir desarrollando a otros capacitadores clínicos y de prestar capacitación en servicio para AMNE básica e integral a los proveedores de

[24] Stanton CK. 2004. Methodological issues in the measurement of birth preparedness in support of safe motherhood. *Evaluation Review* 28(3): 179–200.
[25] Robb-McCord J y W Voet. 2003. *Scaling Up Practices, Tools, and Approaches in the Maternal and Neonatal Health Program.* JHPIEGO: Baltimore, Maryland.

servicios que necesitaban actualizar sus conocimientos y habilidades. (Ver línea de tiempo en la **Figura 3**).

Figura 3. Línea de tiempo para capacitación en servicio en AMNE y desarrollo de capacitadores clínicos



Además de los cursos de AMNE, se realizó un curso de prevención de infecciones para 332 proveedores de servicios, y 440 participantes asistieron a cursos de relaciones interpersonales y comunicaciones interculturales, ambos con la intención de mejorar la calidad de los servicios para las pacientes de maternidad.

El modelo de acreditación para establecimientos de salud introducido por el Programa de SMN en Guatemala ahora es un programa nacional ratificado por el MSP dirigido a mejorar los servicios de salud materna y neonatal mediante la utilización de un enfoque de MDC. El proceso de MDC hace uso de criterios derivados de normas nacionales e internacionales, estándares basados en evidencias para determinar y remediar las brechas existentes entre las mejores prácticas recomendadas y las prácticas vigentes. El Programa de SMN trabajó en colaboración con el MSP, utilizando estándares y protocolos médicos basados en evidencias (incluyendo el manual sobre manejo de complicaciones mencionado arriba) así como los aportes de proveedores y la comunidad, en un proceso de aumentar consenso, para establecer el marco y los instrumentos destinados a implementar, medir y evaluar las mejoras en los establecimientos que prestan servicios de salud materna y neonatal esenciales. Existen otros instrumentos de MDC específicos para hospitales, centros de salud de nivel A y de nivel B, y puestos de salud. En la actualidad, estos criterios se utilizan para medir objetivamente el desempeño clínico y la calidad general del servicio.

Las siguientes áreas técnicas están representadas en los instrumentos de MDC:

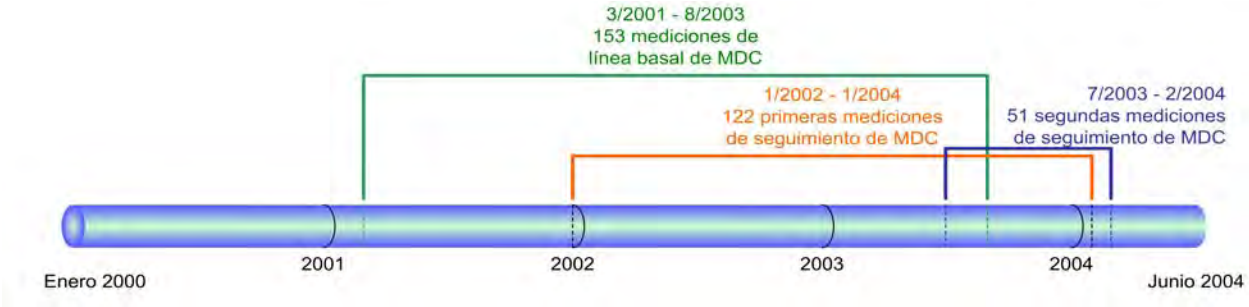
1. Clínica: Atención del embarazo
2. Clínica: Atención del trabajo de parto, parto y posparto
3. Prevención de infecciones
4. Recursos humanos, físicos y materiales
5. Servicios de apoyo
6. Sistemas de gestión
7. Información, educación y comunicación (abreviado IEC)

El número y contenido de criterios en cada área técnica varían según el tipo de establecimiento. Se identifican las brechas comparando el estado actual de las listas de criterios de calidad (se provee a

los asesores medios de verificación como referencia durante la recolección de datos) en los establecimientos con la lista estándar de criterios que deben ser satisfechos. En el proceso de MDC, cuando un establecimiento satisface el 85% o más de los criterios de calidad establecidos para ese tipo de establecimiento en general, y el 100% de todos los criterios de atención clínica (áreas técnicas 1 y 2 arriba), ese establecimiento puede ser acreditado ese año oficialmente por el MSP como un sitio de calidad para la atención materna y neonatal esencial.

Abajo, en la **Figura 4,** se muestra la línea de tiempo para las intervenciones en MDC del Programa de SMN. La **Figura 5** muestra los departamentos en los cuales el Programa implementó el MDC y aquellos en los cuales el gobierno, otras agencias cooperantes y organizaciones no gubernamentales (ONG) utilizaron los materiales de MDC para ampliar a mayor escala este componente del Programa de SMN.

Figura 4. Línea de tiempo para la intervención en MDC



La base para las mejoras realizadas mediante el proceso de MDC es la creación de planes de intervención compuestos de ítems específicos, orientados a la acción, que se basan en las brechas identificadas en cada evaluación del MDC. Encontrar financiamiento para las intervenciones necesarias a fin de reducir las brechas ha probado ser un desafío en el Programa, pero el Programa de SMN y el MSP se han formado una alianza exitosa con las ONG, otros donantes, municipios y comunidades a fin de recaudar los fondos para cubrir estas necesidades locales.[26] El Programa de SMN asistió al MSP en las evaluaciones de línea basal y de seguimiento, y también enseñó conjuntamente los talleres sobre MDC en los cuales los proveedores locales en los hospitales que implementaban el MDC aprendieron a utilizar los instrumentos para realizar autoevaluaciones.

[26] Maternal and Neonatal Health (MNH) Program. 2003. *Shaping Policy for Maternal and Newborn Health: A Compendium of Case Studies,* JHPIEGO: Baltimore, Maryland.

Figura 5. Intervención del Programa de SMN en el componente de MDC, y expansión, Guatemala, por departamento

Movilización de recursos para el MDC

En el proceso de MDC, los puestos de salud, centros de salud, centros de maternidad comunitarios y hospitales identifican brechas en la calidad de servicios, que pueden deberse a varios factores incluyendo pero no estando limitados al desempeño de los proveedores clínicos, la falta de insumos, equipos y medicamentos o la falta de sistemas de gestión establecidos. Para que el proceso de MDC sea provechoso, se deben movilizar los recursos destinados a remediar estas brechas, dentro de un plan de intervención que pueda ser impulsado por los actores locales. Varios establecimientos del MSP han tenido éxito en utilizar los resultados de las intervenciones de MDC para educar y alentar a las partes interesadas fuera del sector de salud a que aporten recursos materiales no contemplados en el proyecto, trabajadores y donaciones financieras para suplir las brechas en el servicio de salud.

Los ejemplos a continuación representan esfuerzos concretos emprendidos por tres entidades del gobierno municipal en Guatemala para movilizar activamente recursos materiales, financieros y logísticos para los establecimientos de salud, haciendo un aporte significativo a la Maternidad Saludable en Guatemala al llevar a cabo las intervenciones identificadas que eran necesarias como parte del proceso de MDC.

Municipio de Santa Cruz Muluá, Retalhuleu
El Municipio de Muluá suministró el financiamiento para varias mejoras al centro de salud local. Cubrieron los costos de la mano de obra relacionados con la pintura y la reparación del sistema de drenaje y la pintura del edificio del centro de salud. Además, financiaron la capacitación para AMNE de los proveedores de salud del distrito. Sus aportes totalizaron la suma de Q 5.993,00 (US$ 753) durante 2003.

Municipio de San Felipe, Retalhuleu
En el caso del Municipio de San Felipe, el gobierno municipal apoyó la construcción de un depósito, la compra e instalación de un tanque de agua elevado, el mantenimiento del sistema de drenaje, la pintura del puesto de salud, la contratación de una persona para realizar el trabajo de conserjería y la instalación de dos lavamanos. La inversión total del Municipio de San Felipe en el establecimiento de salud alcanzó Q 14.990.00 (US$ 1.884,23) en 2003.

Municipio de Coatepeque, Quetzaltenango
Este municipio proporcionó apoyo financiero al Hospital de Coatepeque con el monto de Q 19.000,00 (US$ 2.388,28) durante 2003. Cubrieron los gastos relacionados con la expansión del laboratorio y la farmacia, y la pintura y el azulejado del área de trabajo de parto y parto. En el **Apéndice A** se presentan otros ejemplos de movilización de recursos similares para llevar a cabo planes de intervención en MDC.

En lo que se refiere al componente de la política, el Programa de SMN en Guatemala asistió al MSP en la revisión de la porción de AMNE del currículo de pregrado en siete de las ocho escuelas de enfermería del país. La **Figura 6** muestra la línea de tiempo para esta tarea y la **Figura 7** muestra la ubicación de las instituciones atendidas en el componente de pregrado. El Programa de SMN también ayudó a la institucionalización de normas y prácticas basadas en evidencias dentro de los programas de Maternidad Saludable en todo el país ompartiendo instrumentos y enfoques con otras organizaciones que llevan a cabo una labor similar.

Figura 6. Línea de tiempo de la intervención en el fortalecimiento del pregrado de enfermería en AMNE

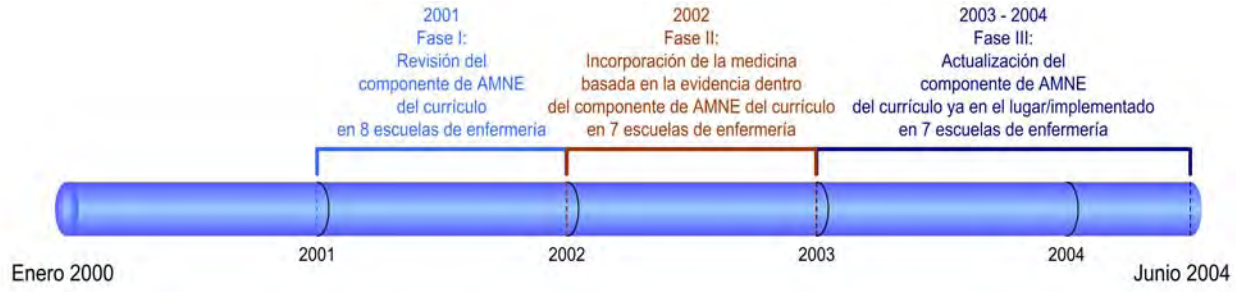


Figura 7. Intervención del Programa de SMN en el fortalecimiento del pregrado de enfermería, y su expansión, Guatemala, por departamento

Cambio de comportamiento y movilización comunitaria

En tanto que el componente de mejoramiento de la prestación de servicios aseguraba que los establecimientos de salud estuviesen equipados para proporcionar servicios maternos de alta calidad, el componente de intervención en el cambio de comportamiento aseguraba que las comunidades y mujeres tuviesen acceso a los proveedores calificados. Específicamente, fue diseñado para ocuparse de las barreras para acceder a la atención identificadas a través de la investigación formativa tanto cualitativa como cuantitativa. Al principio del Programa se hicieron entrevistas a fondo con los líderes de la comunidad y se usaron enfoques participativos a fin de comprender mejor la dinámica a nivel de la familia y la comunidad con relación al embarazo, el parto y el posparto. Basándose en la

investigación y el análisis secundario, la estrategia utilizó dos enfoques específicos. El primero estaba destinado a organizar a las comunidades para que respondiesen eficazmente a las emergencias obstétricas. Las comunidades se prepararon para poder transportar a las mujeres y sus hijos en casos de emergencia de modo que pudiesen recibir atención oportuna por un asistente calificado. El segundo enfoque se concentró en generar demanda por los servicios mejorados usando la radio y materiales impresos que informaban a las mujeres y sus familias sobre cómo estar preparados en caso de surgir una emergencia relacionada con el embarazo. Otros mensajes se dirigían a la necesidad de asistir a las visitas prenatales y de reconocer los signos de peligro durante el embarazo y el parto, así como en el recién nacido. Parte de este enfoque fue la promoción a nivel nacional, municipal y local, lo cual contribuyó a la aceptación política, la expansión de actividades y la institucionalización de nuevas estrategias. Estos trabajaban juntos para apoyar al individuo y la familia en caso de una emergencia obstétrica, enfocándose en el desarrollo de planes de emergencia de la familia y de la comunidad.

El componente de intervención en el cambio de comportamiento fue desarrollado en base a los hallazgos de la investigación formativa. En octubre de 2000, el Programa de SMN comenzó a hacer investigación formativa para poner al corriente el diseño del Programa. En mayo del año siguiente, el Programa llevó a cabo una encuesta de línea basal que sería utilizada en una futura evaluación de impacto (ver la **Figura 8**). Después de establecer la línea basal, en julio de 2001, el Programa inició parte de sus esfuerzos de movilización comunitaria haciendo visitas a las comunidades. Aproximadamente un año después, el Programa de SMN y el MSP comenzaron a distribuir materiales impresos de IEC, tales como tarjetas del Plan de emergencia familiar y afiches sobre Maternidad Saludable, que se colocaban en lugares visibles en los puestos de prestación de servicios. Estas actividades duraron hasta junio de 2004. Durante este tiempo, en agosto de 2003, se realizaron la encuesta de seguimiento a hogares, la encuesta comunitaria y la investigación mediante estudios de casos para la evaluación de impacto. Por último, los mensajes de Maternidad Saludable del SMN fueron transmitidos por radio desde marzo de 2004 hasta junio de 2004. La **Figura 9** muestra el alcance geográfico final de los componentes de IEC y movilización comunitaria del Programa de SMN.

Durante la evaluación formativa, se halló que la distancia a los establecimientos de salud y la falta de dinero para pagar el transporte y otros gastos relacionados eran dos factores principales que explicaban porqué las mujeres y sus familias no buscaban atención para las emergencias oportunamente. El Programa de SMN, junto con sus contrapartes del MSP, trabajaron con las comunidades participantes para crear Planes de Emergencia Comunitarios. Estos planes fueron diseñados por las comunidades e incluyeron la identificación de: 1) transporte, 2) ayuda económica para el transporte, 3) quienes podían acompañar a la mujer y 4) formas de cuidar a las familias mientras la mujer estaba ausente.

El componente de participación comunitaria se desarrolló en base al Ciclo de Acción Comunitaria desarrollado por *Save the Children*®, que consistía en un ciclo participativo de cinco etapas que ayudaba a crear capacidad para la movilización comunitaria. Las cinco etapas eran: 1) Organización para la acción comunitaria; 2) Promoción del diálogo comunitario; 3) Planificación conjunta; 4) Acción colectiva; y 5) Evaluación participativa. Las comunidades desarrollaron sus propios planes de emergencia a medida que avanzaban en cada etapa.

Con el fin de apoyar al componente de participación comunitaria y brindar información a las mujeres y sus familias, se desarrolló un conjunto de materiales y un currículo de capacitación en

comunicación intercultural y relaciones interpersonales. Los materiales de asesoramiento entre proveedor y usuaria dotaron a los proveedores de una forma fácil para discutir la importancia de la maternidad saludable, la importancia de que las familias estén preparadas para las emergencias y los pasos a seguir. También se elaboró una ayuda de trabajo para los proveedores a utilizarse en las visitas prenatales refocalizadas y sobre los derechos y responsabilidades que tienen las personas en relación con su atención a la salud materna.

La parte fundamental de los materiales es el folleto del "Plan de emergencia familiar"que fue desarrollado para ayudar a las mujeres y sus familias a dar los pasos necesarios para estar preparados en caso de una emergencia. Una copia de este folleto aparece en el **Apéndice B**. Estos materiales fueron específicamente diseñados para una población con bajo nivel de alfabetización. Una de las caras del folleto (el folleto del plan tiene dos caras) mostraba seis recuadros que representaban los pasos críticos para estar preparados: 1) decidir dónde tendrá al bebé, 2) reunir algo de dinero para usar en caso de una emergencia, 3) decidir quién acompañará a la mujer al establecimiento de salud, 4) identificar una forma de transporte para llegar a un establecimiento de salud en una emergencia, 5) hablar con un miembro del comité de salud para obtener información sobre cómo éste puede ayudar y 6) hablar con la familia y los vecinos para asegurarse de que alguien pueda atender a los niños y completar el trabajo (cosecha, cuidado de los animales, etc.) mientras la mujer esté ausente.

Figura 8. Línea de tiempo de las intervenciones de capacitación en servicio del programa de SMN en AMNE, MDC y cambio de comportamiento, con mediciones de la evaluación de impacto

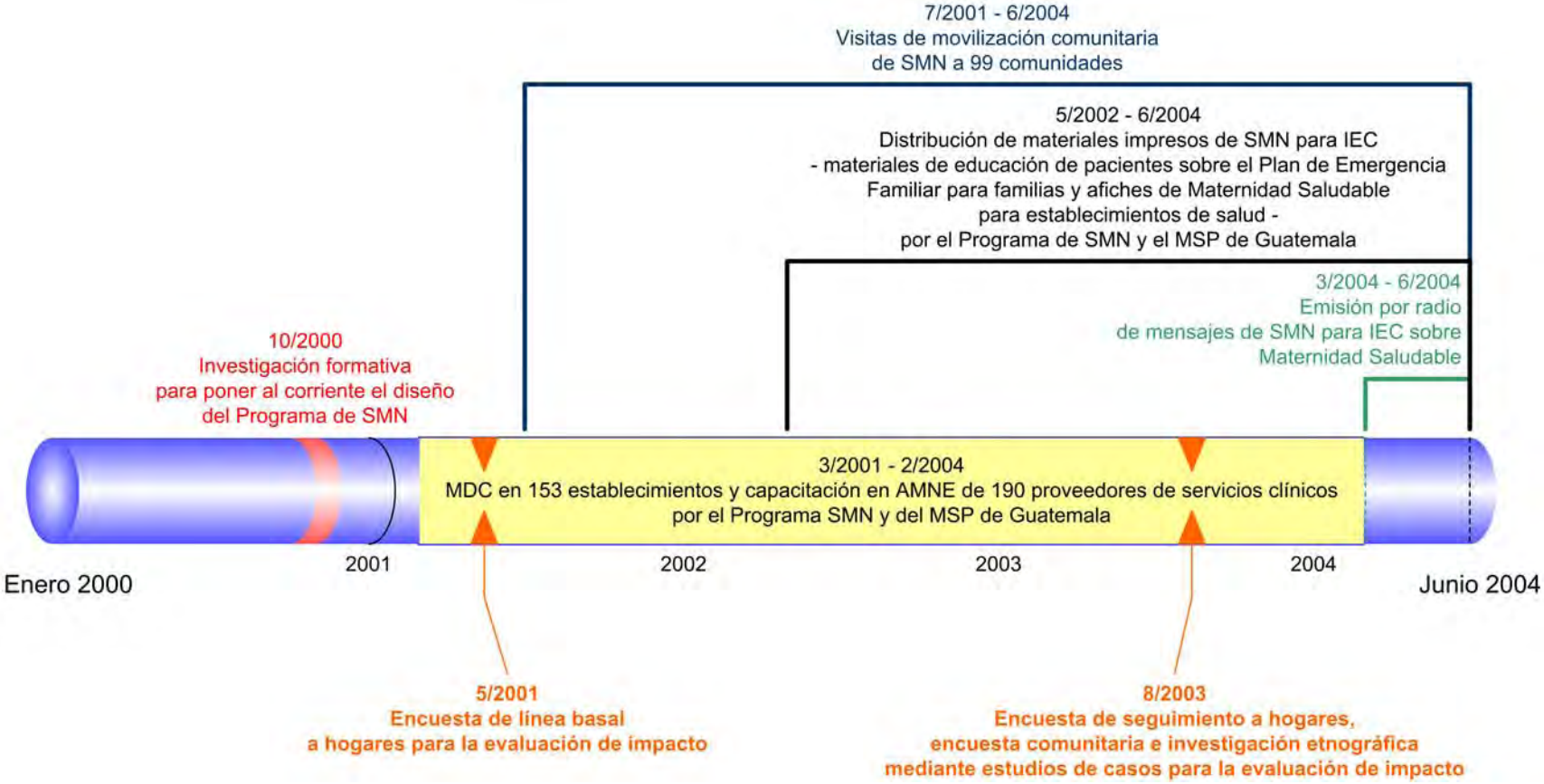


Figura 9. Departamentos donde se implementaron las intervenciones en IEC y movilización comunitaria

En la otra cara del folleto del plan de emergencia familiar había tres hileras de figuras que representaban los signos de peligro en el embarazo, los signos de peligro en el recién nacido y los signos de peligro en el niño durante su primer año de vida. Originalmente, estuvo previsto incluir solamente las dos primeras hileras, pero se agregó la tercera cuando el Programa de SMN integró muchos de los materiales con lo establecido por el Programa Nacional de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)/Atención Integral de la Niñez en la Comunidad que estaba siendo implementado por el MSP y el Proyecto de Calidad en Salud.

Los proveedores de salud del MSP entregan el plan de emergencia familiar a cada embarazada durante las visitas prenatales. El proveedor que la atiende revisará el plan de emergencia con la mujer y la ayudará a pensar cómo llevar a cabo cada paso. Se les pide a las mujeres que discutan el plan con sus esposos y su familia para que traten los problemas y emergencias posibles y tomen algunas decisiones antes de que surja una complicación obstétrica. De este modo, cuando efectivamente ocurre una emergencia, las decisiones ya han sido tomadas, y todo lo que la mujer y la familia tienen que hacer es poner en acción el plan, anticipándose a los dos primeros retrasos: reconocer el problema y luego tomar la decisión de ir en busca de atención.

Se elaboraron materiales adicionales para uso en los establecimientos de salud y en las áreas comunitarias. Todos tenían el propósito de promover la maternidad saludable, la necesidad de estar preparados para las complicaciones, y los derechos y las responsabilidades de las usuarias y los proveedores de salud. Un folleto mostraba seis pasos específicos para una maternidad saludable, incluyendo las visitas prenatales, una buena alimentación, vacunas contra el tétanos y discusión de la planificación familiar con las parejas. Otro gráfico fue utilizado por los proveedores como una ayuda de trabajo para las visitas prenatales. Se usaba para describir a los proveedores los siete pasos de una visita prenatal y todas las acciones necesarias en cada uno de los pasos.

También se crearon espacios radiales que promovían los mejores servicios, la necesidad de las visitas prenatales y los comités de salud comunitarios, así como los signos de peligro durante el embarazo y el parto. Estos no fueron emitidos sino después de que el Programa de SMN hubiese completado la recolección de datos para el estudio de impacto posterior a las intervenciones, de modo que su impacto sobre el comportamiento de ir en busca de atención entre las embarazadas pudiese ser medido en esta evaluación. El personal local reportó que los espacios radiales producidos con *MotherCare* y por los Distritos Sanitarios estaban siendo transmitidos mientras estaba en curso el Programa de SMN en regiones geográfica limitadas.

A fin de analizar los aspectos de la atención clínica identificados durante la investigación formativa como elementos disuasivos para buscar atención médica formal, se desarrolló un currículo de capacitación con el fin de: 1) fortalecer la comunicación interpersonal y las habilidades de orientación de los proveedores en los establecimientos de salud y 2) guiar a los establecimientos de salud sobre cómo abordar las relaciones interculturales. Una de las barreras para la atención era que la mayoría de la población en el área objetivo del Programa de SMN era indígena, en tanto que la mayoría de los proveedores de salud eran ladinos y no hablan la misma lengua. El programa para capacitación en las relaciones interpersonales y la comunicación intercultural se dedicó a ayudar a los proveedores a comprender los fundamentos de la buena orientación y las habilidades interpersonales así como a empezar a eliminar las barreras interculturales.

El componente de intervención para el cambio de comportamiento trabajó sinérgicamente junto con los otros componentes del Programa para asegurar que llegara a la gente el mensaje de estar

preparados y buscar atención; el hecho de que luego recibiesen atención por asistentes capacitados y calificados después de llegar a los establecimientos de salud fue el resultado del proceso de mejoramiento de la prestación de servicios del componente de AMNE.

MÉTODOS

Movilización comunitaria y cambio de comportamiento

Diseño de la evaluación de impacto

El propósito principal de la evaluación de impacto fue medir los cambios en el conocimiento, las actitudes y el comportamiento respecto del embarazo y las complicaciones relacionadas con éste. También se midieron las percepciones sobre la atención brindada por el sistema de salud entre las mujeres en edad reproductiva y sus parejas en las primeras tres áreas de intervención del Programa de SMN que aparecen en el **Cuadro 1**.

Cuadro 1. Áreas geográficas de inicio para las intervenciones del Programa de SMN, por departamento y municipio

Región	Departamento	Municipio
Noroeste	Quiché	Nebaj
		Chajul
		Cotzal
		Uspantán
		Cunén
		Chicamán
Sudoeste	Sololá	Sololá
		San Antonio Palopó
		Santa Catarina Palopó
		San Andrés Semetabaj
		Santa Catarina Ixtahuacán
		San Lucas Tolimán
		Concepción
	San Marcos	Quetzal
		La Reforma
		Malacatán
		San Pablo
		San Rafael
		Catarina

Se utilizaron varios enfoques metodológicos a fin de obtener la información para el diseño de la evaluación de impacto:

- Estudio de población:
  - Originalmente, este era un diseño cuasi experimental con un grupo de comparación. Sin embargo, en octubre de 2002, se cambió el diseño a estudio transversal de prueba previa y posterior debido a que el MSP adoptó los materiales educativos del Programa de SMN y los distribuyó en los establecimientos de salud que atendían a madres en todo el país.
- Estudio de movilización comunitaria con dos componentes:
  - Entrevistas a fondo con un componente cualitativo y cuantitativo con dos líderes de la comunidad en cada comunidad.
  - Entrevistas grupales con miembros del Comité de Salud Comunitario local en aquellas comunidades que tenía un Comité de Salud Comunitario activo.
- Estudios de casos:
  - Estudio etnográfico de casos de dos madres cuyas vidas fueron salvadas en una localidad que tenía un Comité de Salud Comunitario activo.

Metodología de la muestra

Se utilizó una metodología de muestra similar para las encuestas previas como para las posteriores a la prueba. Sin embargo, la composición de las poblaciones de la muestra difirió. En la línea basal, el equipo encuestó a mujeres de 15–49 años de edad quienes tuvieron al menos un hijo en los 5 años anteriores. En el seguimiento, el equipo encuestó a mujeres de 15–49 años de edad quienes tuvieron al menos un hijo en los 12 meses anteriores a la encuesta y/o estaban embarazadas al momento de la encuesta. El cambio en la composición de la población de la muestra era necesario para poder medir cualquier cambio asociado con la exposición a las actividades de cambio de comportamiento y movilización comunitaria del Programa de SMN, que comenzaron a implementarse en julio de 2001.

La encuesta de línea basal cubrió 40 de las 100 comunidades originalmente seleccionadas en 13 distritos de los tres departamentos (Quiché, Sololá, y San Marcos) en los cuales el Programa de SMN estaba planeando implementar sus intervenciones de supervivencia materna y neonatal. La encuesta de seguimiento cubrió las mismas 40 comunidades que la línea basal y 13 comunidades más (extraídas del mismo universo original de 100 comunidades) para tener un total de 53 comunidades. El aumento en el número de comunidades incluidas en la muestra era necesario para satisfacer los criterios de selección más restrictivos utilizados para identificar la muestra para hacer el seguimiento. Tanto en la encuesta de línea basal como en la de seguimiento, se seleccionó una muestra de 1.000 mujeres utilizando un enfoque de muestreo aleatorio estratificado: [27, 28]

- En la primera etapa, el equipo de investigación determinó el número de hogares para la muestra en proporción al tamaño de la población de cada departamento: Quiché (27%), San Marcos (38%) y Sololá (35%).

[27] Fonseca-Becker F et al. 2001. *Perspectiva Comunitaria sobre Embarazo, Parto y Post Parto en los Departamentos de Quiché, Sololá y San Marcos*. Johns Hopkins Center for Communication Programs: Baltimore, Maryland.
[28] Fonseca-Becker F et al. 2004c. *Informe del Estudio de Población. Evaluación de Impacto: Cambio de Conducta y Mobilizacion Comunitaria: Componente Materno Neonatal. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social*. Johns Hopkins Bloomberg Center for Communication Programs: Baltimore, Maryland.

- En la segunda etapa, las comunidades (40 en la línea basal y las mismas 40 más 13 adicionales en el seguimiento) fueron seleccionadas al azar a partir de las 100 comunidades originalmente identificadas para la intervención del Programa. El diseño de la muestra incluyó puntos delimitados de estratificación a fin de asegurar que comunidades de distinto tamaño fueran representadas con exactitud (ver el **Cuadro 2**).
- En la tercera etapa, se seleccionaron hogares en cada comunidad utilizando la función de generador de número aleatorio de Excel.

Cuadro 2. Número de comunidades y hogares por estrato y departamento

Departmento	Estratos	Número de comunidades	Número de hogares
Quiché	I	5	20
	ii	5	40
	iii	3	60
	iv	4	150
Subtotal		**17**	**270**
San Marcos	I	6	40
	ii	9	200
	iii	2	140
Subtotal		**17**	**380**
Sololá	I	3	10
	ii	10	60
	iii	2	60
	iv	4	220
Subtotal		**19**	**350**
TOTAL		53	1.000

Se llevaron a cabo también entrevistas paralelas a hombres casados en la mitad de los hogares encuestados. En la línea basal, los hombres se seleccionaron según las siguientes características: 15 años de edad o mayores, en unión conyugal y viviendo en el mismo hogar que la mujer entrevistada, mientras que en el seguimiento, sólo se incluyó en el estudio a las parejas de las mujeres entrevistadas.

A nivel de la comunidad, el equipo de investigación enumeró todos los hogares y seleccionó al azar hogares específicos (incluyendo hogares de reemplazo) utilizando un enfoque estándar. A nivel del hogar, el equipo entrevistó a todas las mujeres de la vivienda seleccionada que tenían de 15–49 años de edad y que tuvieron al menos un parto durante los 5 años anteriores a la encuesta de línea basal. Para el seguimiento, el equipo entrevistó a mujeres que tuvieron al menos un parto en los 12 meses anteriores a la encuesta o que estuvieran embarazadas al momento de la entrevista.

Los entrevistadores utilizaron un cuestionario de hogares estándar para identificar a los respondientes así como para obtener datos sobre las características del hogar. El cuestionario de las mujeres cubría: 1) el conocimiento, las actitudes/aprobación, la intención, las prácticas y la defensa y promoción respecto de la preparación para el parto y para las emergencias, 2) el conocimiento, la percepción y el comportamiento acerca de la atención a la madre y al recién nacido durante y

después del parto a nivel del hogar y del sistema de salud, 3) la preparación de la familia y de la comunidad respecto del parto y los planes de emergencia para el transporte, incluyendo los fondos para pagarlo, 4) la relación entre las familias y las parteras tradicionales, 5) las percepciones sobre las actitudes familiares y comunitarias hacia el sistema de salud y 6) la utilización de los medios de comunicación masiva. El cuestionario de los hombres cubría áreas similares que el cuestionario de las mujeres.

Las encuestas de movilización comunitaria se realizaron en las mismas comunidades en las cuales se implementó la encuesta de población. Se entrevistó a dos líderes (uno de ellos, una partera tradicional) de cada comunidad utilizando una encuesta semi-cualitativa: la primera parte de la encuesta recolectaba información cualitativa respecto del nivel de preparación de la comunidad para manejar una emergencia materna; la segunda parte de la encuesta consistía en un cuestionario cuantitativo similar al cuestionario de los hombres en el estudio de población. Además, en las comunidades que tenían un Comité de Salud Comunitario activo, se realizó una entrevista de grupo a los miembros del Comité utilizando las mismas preguntas cualitativas que en la primera parte de las entrevistas a los líderes. Se puede hallar una presentación más detallada de los métodos de movilización comunitaria y los resultados descriptivos en el "Informe de Estudio de la Comunidad."[29]

Se realizaron también dos estudios de casos de mujeres que sobrevivieron a las complicaciones del embarazo en una comunidad que tenía un Comité de Salud Comunitario activo en Las Canoas, Departamento de Sololá. Los resultados de los mismos aparecen en un "Informe de Estudio de Caso[30]" por separado. Para comprobar su relevancia y adecuación cultural, todos los cuestionarios de la encuesta fueron revisados por funcionarios del MSP, personal de la Misión USAID/Guatemala, otros expertos de salud guatemaltecos y el personal del Programa de SMN. El equipo de investigación sometió el cuestionario a prueba de campo e hizo las enmiendas necesarias en preparación para el trabajo de campo. Los cuestionarios fueron administrados por entrevistadores bilingües capacitados.

Los datos para la encuesta de seguimiento de población fueron ingresados en CS-PRO®, un programa de software estadístico que permitía enlazar fácilmente los datos de la encuesta a hogares, a las mujeres y a los hombres. La calidad de los datos fue asegurada a través de la doble entrada de datos por diferentes personas. La información cualitativa fue registrada siempre que fue posible y sólo con aprobación previa de la persona entrevistada. Los resultados de las entrevistas a fondo y de grupo fueron ingresados en el sistema Nud*Ist® en un formato listo para transferencia para ser analizados.

Análisis de los datos

Si bien el cuestionario incluía la historia de partos/nacimientos durante los 5 años anteriores a la encuesta de cada mujer entrevistada en la línea basal, para los propósitos de este estudio sólo utilizamos información de aquellas mujeres que dieron a luz en los 12 meses anteriores a realizar la encuesta, a fin de minimizar el sesgo de recuerdo. Los datos de esta sub-muestra de línea basal fueron utilizados para compararse con los datos del seguimiento, con el fin de identificar posibles

[29] Fonseca-Becker F et al. 2004b. *Estudio de Población. Evaluación de Impacto, Cambio de Conducta y Movilización Comunitaria: Componente Materno Neonatal.* Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. JHPIEGO y Johns Hopkins Bloomberg Center for Communication Programs: Baltimore, Maryland. (También disponible en inglés)
[30] Fonseca-Becker F et al. 2004.

cambios en los indicadores relevantes respecto del embarazo y el parto. Los análisis se basaron en el modelo de pasos para el cambio de comportamiento[31] El modelo denota cambios en el conocimiento, la percepción y el comportamiento que son resultado de la exposición a nuevas ideas a través de diversos medios y contacto interpersonal.

En un primer nivel de análisis se estableció la comparabilidad de las dos muestras tanto para mujeres como para hombres; se realizaron pruebas de chi cuadrado a fin de determinar cuán significativas eran las diferencias. En un segundo nivel de análisis, se compararon las medidas de línea basal y de seguimiento para identificar los indicadores clave que medían el conocimiento, las percepciones y el comportamiento con relación al manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. En un tercer nivel de análisis, se comparó a los respondientes en términos de si habían o no habían estado expuestos a las actividades de intervención para el cambio de comportamiento. Los resultados fueron ajustados por las características socioeconómicas y antecedentes de uso de atención prenatal a fin de identificar indicadores clave: conocimiento del sangrado como una complicación que necesita atenderse en el sistema de salud, percepciones del uso de este sistema por parte de las mujeres cuando es necesario y la elección del lugar para dar a luz en su último parto.

Medición del mejoramiento de la calidad en el sistema de salud

Plan de monitoreo

Capacitación

A medida que se produce cada evento de capacitación en grupo, se reúnen listas de participantes donde consta el nombre, la profesión y la organización o establecimiento de salud actual, el departamento y el municipio del lugar de trabajo de la persona. Estas listas se ingresan en las hojas de cálculo Excel que muestran la hora, fecha y nombre de cada curso junto con la lista de los capacitadores del curso. Para la capacitación en módulos, las listas se van compilando a lo largo de un período de tiempo a fin de rastrear cuáles módulos han sido completados por qué integrantes del personal, pero los participantes no se cuentan como capacitados hasta haber finalizado la totalidad de los módulos del curso. Tanto los cursos de AMNE básica como integral se enseñan en módulos. Los datos sobre los cursos realizados por los capacitadores del Programa de SMN también se ingresaron en el Sistema de monitoreo de la información sobre capacitación (TIMS©, por sus siglas en inglés). Esta base de datos relacional es un programa que rastrea a los participantes y a los capacitadores individualmente a través del tiempo a medida que asisten y enseñan cursos complementarios, lo que permite producir registros individuales de los participantes además de las estadísticas globales del programa de capacitación.

MDC

Cada instrumento de MDC está compuesto de capítulos por área técnica (las áreas técnicas aparecen anteriormente en la sección sobre Fortalecimiento de las instituciones de salud), cada una con una lista de criterios y medios de verificación para cada criterio que será evaluado *in situ* en los establecimientos de salud. Al finalizar una evaluación, se completa una hoja de resumen que muestra el número total de criterios satisfechos junto con el número que es posible alcanzar en cada área técnica. El evaluador calcula el porcentaje de criterios satisfechos en cada área técnica además de un puntaje global, y documenta estos hallazgos en la hoja de resumen. Una vez que estos totales se calculan y los formularios de resumen para cada establecimiento evaluado se remiten a la oficina del

[31] Piotrow P et al. 1997. *Health Communication: Lessons from Family Planning and Reproductive Health*. Praeger Publishers: Wesport, Connecticut.

Programa de SMN, se ingresan en una base de datos de Microsoft Access la fecha de las evaluaciones, y el número de criterios satisfechos y posibles para cada uno. Esta base de datos también registra qué versión del instrumento de MDC se utilizó para la recolección de datos. Los formularios de recolección de datos para la evaluación del MDC se modificaron en la mitad del Programa, lo que invalidó las comparaciones entre porcentajes de criterios satisfechos a lo largo del tiempo. (El Programa de SMN en Baltimore realizó una evaluación de recodificación, la cual mostraba que los puntajes aumentaban sistemáticamente como un artefacto de los cambios realizados en los instrumentos de recolección de datos; esto invalidó las comparaciones entre los puntajes calculados a partir de la recolección de datos con distintas versiones de instrumentos de MDC). Por lo tanto, se elaboraron informes de tendencias que muestran solamente datos de la misma versión del instrumento a fin de evitar una interpretación equívoca de los datos del MDC. Mostrar los datos de las dos versiones del instrumento en un solo gráfico infla artificialmente la percepción de los aumentos en calidad en el transcurso del tiempo y perjudica el enfoque general del MDC que consiste en identificar las brechas de desempeño a fin de atenderlas adecuadamente.

Necesidad satisfecha

La necesidad satisfecha de atención obstétrica esencial ha sido medida por el Programa de SMN en Guatemala desde su inicio. La metodología empleada se documenta en un documento de referencia del Programa de SMN/Guatemala.[32] La integridad y calidad de los datos recolectados sobre los registros de complicaciones en hospitales tiene una gran influencia en la construcción del indicador, ya que lo demás que se ingresa en el cálculo son estimaciones demográficas que siguen una metodología estandarizada. Ronsmans et al. documentan varias preocupaciones sobre el uso del indicador de Necesidad Satisfecha para evaluar programas, debido a algunas suposiciones en gran medida infundadas sobre la propia metodología.[33]

Registro de nacimientos

La OMS declaró en 2002 que "todas las intervenciones de marcación que aparecen en la lista (**Figura 10** abajo) pueden ser registradas actualmente en la mayoría de los países mediante los sistemas normales de información de los establecimientos de salud y por lo tanto se pueden monitorear y se pueden establecer sistemas de responsabilidad."[34] En Guatemala, no obstante, los sistemas de información de salud en los establecimientos no eran inicialmente capaces de monitorear los indicadores para rastrear el cumplimiento de las intervenciones de marcación que figuran abajo, aunque esta lista de intervenciones forma parte de la estrategia técnica del Programa Nacional de Salud Reproductiva.

[32] Schenck-Yglesias C y ME de Monroy. 2004. *Guide for the Construction of Met Need.* MNH Program/Guatemala, Monitoring & Evaluation CD-ROM.

[33] Ronsmans C et al. 2001. Questioning the indicators of need for obstetric care. *Bulletin of the World Health Organization* 80(4): 317–324.

[34] World Health Organization (WHO). 2002. *Global Action for Skilled Attendants for Pregnant Women,* WHO/RHR/02.17, WHO: Ginebra, p. 22.

Figura 10. "Intervenciones de marcación" de eficacia comprobada, seleccionadas por la OMS, que pueden medirse en el sistema de información de salud de rutina de un país

1. Las mujeres tienen apoyo social durante el trabajo de parto y parto.
2. La lactancia exclusiva se inicia una hora después del nacimiento.
3. A todo recién nacido se lo seca de inmediato y se lo mantiene abrigado para protegerlo de la hipotermia.
4 El paquete de atención prenatal de la OMS se usa para todas las embarazadas.
5. Se usa sulfato de magnesio para tratar la preeclampsia y la eclampsia severas.
6. Se usa un partograma para identificar el trabajo de parto obstruido.
7. Se usa oxitocina en todas las mujeres como parte del manejo activo del tercer período del parto.
8. Se administra profilaxis con antibióticos a las mujeres que tienen cesáreas.
9. Se utiliza la aspiración por vacío para manejar el aborto incompleto.
10. Se utiliza el método de madre canguro con contacto piel-a-piel para todos los bebés de bajo peso al nacer.
11. Se realiza el parto instrumentado, incluyendo la cesárea, en los casos de trabajo de parto prolongado y/u obstruido.

Fuente: World Health Organization (WHO). 2002. *Global Action for Skilled Attendants for Pregnant Women.* WHO/RHR/02.17. OMS: Ginebra, p. 22.

El Programa de SMN y el MSP, por lo tanto, diseñaron juntos un libro de registro estándar para ser utilizado en los hospitales y centros de salud donde dan a luz las mujeres guatemaltecas, puesto que un estudio reciente había demostrado que los libros de registro de la sala de partos o "registros de nacimientos" son fuentes muy confiables de datos sobre pacientes en el momento del parto.[35] Los registros se usarían ahora con un nuevo propósito: dar seguimiento a las mediciones del desempeño clínico. La metodología para la recolección de datos y la construcción de indicadores se documenta en un documento de referencia del Programa de SMN/Guatemala.[36]

Como fuente de datos, se mide cinco indicadores programáticos utilizando los registros de nacimientos que mantienen los hospitales:

1. Porcentaje de partos en los cuales se usó un partograma
2. Porcentaje de partos vaginales con manejo activo del tercer período del parto
3. Porcentaje de recién nacidos colocados de inmediato en contacto piel-a-piel con la madre
4. Índice de cesárea
5. Tasas de episiotomía en primíparas

Aunque los elementos de datos capturados en los registros de nacimientos no cubren todas las intervenciones de marcación de la OMS, este instrumento proporciona un punto de partida al permitir evaluar en forma rutinaria el cumplimiento clínico con los estándares. Si bien las definiciones de los estándares para los recolectores de datos (proveedores de servicios) se incluyen en un instructivo adjunto al registro de nacimientos, el proceso de capacitar formalmente a los proveedores del MSP en el uso del registro de nacimientos una vez distribuidos los libros de registro fue lento. En consecuencia, los datos de esta fuente en los primeros meses no pudieron usarse debido a problemas de calidad. Incluso al utilizar los datos correspondientes a los últimos seis meses, algunos registros de hospitales para ciertos meses tuvieron que descartarse al hacer el cálculo de los

[35] MEASURE/*Evaluation* y GSD Consultores Asociados. 2001. *An assessment of the Quality of Maternity Registers for Monitoring Maternal and Neonatal Health in Institutions in Guatemala.* (Octubre)
[36] Schenck-Yglesias C et al. 2004. *Guide for the Construction of Birth Register Indicators,* MNH Program/Guatemala, Monitoring &Evaluation CD-ROM.

indicadores, ya que dieron como resultado valores que no podían usarse (p. ej., más del 100% del manejo activo del tercer período del parto).[37]

Plan de análisis de los datos

Capacitación
Se utilizan hojas de cálculo para compilar los números totales del personal capacitado en los diversos tipos de cursos. Los datos se dividen por profesión y ubicación geográfica.

MDC
La base de datos de MS Access que almacena los resultados del MDC puede generar varios informes estándar, incluyendo cuadros y gráficos que muestran el porcentaje de los criterios de calidad satisfechos por área técnica y globales para todos los establecimientos, por tipo de establecimiento o para un establecimiento en particular. Otro informe estándar presenta una lista de los establecimientos acreditados y sus puntajes, tanto el total como el puntaje por área técnica.

Los indicadores en el marco de M&E del Programa de SMN toman en cuenta no sólo los puntajes del MDC que pueden generarse a partir de la base de datos, sino también la satisfacción de criterios de calidad específicos. Para calcular estos indicadores, es necesaria la revisión manual de los instrumentos de MDC a fin de extraer los datos en bruto y calcular los indicadores. Por ejemplo, para calcular el porcentaje de hospitales con equipo e insumos adecuados para la AMNE, el personal debe revisar los ocho formularios del MDC para hospitales —criterios 11 y 14 en el formulario del área técnica de Recursos Humanos, Físicos y Materiales— y calcular el porcentaje de estos hospitales que satisficieron ambos criterios. Los datos que resultan de este análisis se ingresan en el documento estándar del marco estructural de M&E.

Necesidad satisfecha
Una vez recolectados los datos de los hospitales en los registros estándar de complicaciones, el personal del Programa de SMN reúne los formularios llenados e ingresa el número total de complicaciones en una hoja de cálculo. Todos los ingresos de datos demográficos se obtienen del Instituto Nacional de Estadísticas de Guatemala y se ingresan en otra hoja de cálculo. Luego se enlazan y analizan todos los datos utilizando un software para hojas de cálculo, con las ecuaciones automáticas configuradas de acuerdo a la metodología estándar.

Registro de nacimientos
Según la guía del Programa de SMN sobre este tema, la cuenta de los números brutos se saca en forma mensual de los registros de nacimientos de los hospitales donde se realiza la intervención.

---

[37] También debe advertirse que los datos de los registros de nacimientos son autoinformados por los profesionales de salud. Podría sospecharse un reporte excesivo de "buenos comportamientos" como la implementación de las guías basadas en evidencias que se les había enseñado, incluyendo la episiotomía restrictiva y el uso del partograma para monitorear el progreso del trabajo de parto. Los datos anecdóticos de los capacitadores clínicos y supervisores han revelado que cuando se marca "partograma usado", no siempre se encuentra el partograma completo en los registros médicos. Sin embargo, el "partograma usado" no se verifica en todos los registros, y por lo tanto, los datos pueden estar revelando algunos patrones verdaderos de prácticas subyacentes. Incluso si se marcó y realmente se realizó, el llenado del partograma o el manejo activo del tercer período del parto puede no haber sido técnicamente correcto. Sólo un observador podría desglosar estas clases de datos, y, en general en todo el mundo, los hospitales no disponen de personal adecuado para que se haga la supervisión y sea documentada para cada paciente por una tercera persona a fin de asegurar el cumplimiento de las guías y protocolos. No obstante, en el futuro sería importante evaluar la calidad de los datos para justificar el uso continuo del registro de nacimientos en la medición de indicadores del desempeño clínico.

Luego se requiere usar cada uno de estos números brutos para el cálculo de uno de los cinco indicadores del registro de nacimientos. La cuenta total de números se ingresa por hospital y por mes en un archivo del programa estadístico SPSS, y luego se crean nuevas variables dividiendo las correspondientes variables del numerador y el denominador. Las tendencias se visualizan por mes y por hospital utilizando gráficos y cuadros generados por SPSS.

RESULTADOS

El amplio alcance y la profundidad de la evaluación de impacto del Programa de SMN nos permiten presentar en este informe únicamente los hallazgos clave para los componentes de cambio de comportamiento, movilización comunitaria y mejoramiento de la prestación de servicios. Los informes descriptivos sobre los estudios de movilización comunitaria y de población, así como el informe de estudio de caso completo, ya han sidos publicados en otros documentos[38]. Los datos del componente de prestación de servicios son reportados de rutina en el marco estructural de M&E del Programa de SMN y en informes programáticos trimestrales enviados a la USAID, además de ser presentados en reuniones locales de Maternidad Saludable para beneficio del personal del MSP y las ONG en Guatemala.

Se presentan primero los resultados de la movilización comunitaria a fin de preparar el escenario para los resultados de los componentes de población e institucionales. Se utilizará un resumen de los hallazgos principales del estudio de caso para ilustrar cómo han sido utilizados los planes de emergencia en los niveles familiar y comunitario, así como la mejor calidad del sistema de salud, en el manejo de dos emergencias maternas ocurridas en una comunidad que tenía un comité de salud activo.

Movilización comunitaria

Se entrevistó a los líderes de la comunidad en las 53 comunidades en las cuales también se llevó a cabo la encuesta de población. Diecisiete de las comunidades estaban situadas en el Departamento de Quiché, 17 en San Marcos y 19 en Sololá, como para el diseño de muestra descrito anteriormente en la sección sobre Movilización comunitaria y cambio de comportamiento.

Al menos dos líderes de la comunidad fueron entrevistados en cada comunidad. En la mayoría de las comunidades, uno de los líderes que se entrevistó fue una partera tradicional. En la comunidad de Las Canoas, las entrevistas a los líderes de la comunidad fueron parte del estudio de caso y se las reporta en otro documento.[39] Si la comunidad tenía un Comité de Salud Comunitario activo, se realizaba una entrevista grupal a sus miembros.

Aparte de la encuesta de movilización comunitaria llevada a cabo formalmente, el Programa de SMN de Guatemala registró datos de monitoreo en forma rutinaria sobre el componente de intervención en el cambio de comportamiento. El instrumento de recolección de datos sobre la movilización comunitaria consistió en una matriz, que enumeraba en las hileras todas las comunidades donde se

[38] Ver cuatro informes de Fonseca-Becker F et al. 2004 en la bibliografía. Se pueden descargar copias electrónicas de estos informes de www.jhuccp.org/pubs/

[39] Fonseca-Becker F. et al. 2004a. *Estudio de Caso. Evaluación de Impacto, Cambio de Conducta y Movilización Comunitaria: Componente Materno Neonatal.* Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. JHPIEGO y Johns Hopkins Bloomberg Center for Communication Programs: Baltimore, Maryland. (También disponible en inglés)

planeaba una intervención, por departamento, y la fase de intervención en las columnas. Las cinco fases fueron:

1. Establecer contacto con la comunidad
2. Reconocer el problema y encontrar soluciones
   a. Se realizan las reuniones iniciales
   b. Se forma el comité de salud
   c. Se completa el inventario de recursos para el plan de emergencia comunitario
3. Definir el Plan de emergencia comunitario
   a. Plan de emergencia comunitario en curso
   b. Plan de emergencia comunitario escrito
   c. Fondo de emergencia comunitario en el lugar
   d. Monto en el fondo de emergencia comunitario
   e. Identificación de transporte
4. Acción colectiva: poner en acción el plan de emergencia comunitario
   a. Referencias registradas debidas al plan de emergencia comunitario
   b. Número de referencias debidas al plan de emergencia comunitario
5. Evaluación participativa: reconocer los logros y planificar los pasos siguientes
   a. Se realiza la reunión de evaluación
   b. Plan de sostenibilidad en el lugar

Los promotores de salud y los supervisores de área actualizaban la matriz a medida que llevaban adelante sus actividades de intervención para la movilización comunitaria, visitando las comunidades. Los informes sobre si una comunidad contaba con un comité de salud comunitario diferían en algunos casos entre los datos de monitoreo del Programa de SMN arriba descritos y las respuestas a las encuestas de los líderes de comunidades (**Cuadro 3**). Según los resultados de la encuesta a comunidades, aproximadamente el 43% de las comunidades en el estudio habían sido movilizadas en alguna etapa durante la presencia del Programa de SMN. Los líderes de 23 comunidades (10 en Quiché, 4 en San Marcos y 9 en Sololá) reportaron que sus comunidades contaban con un comité de salud comunitario para atender las emergencias maternas. Si bien algunos comités de salud, especialmente en San Marcos, no se habían reunido por más de un año, esas comunidades se clasificaron como poseedoras de un comité de salud para los propósitos de este estudio.

Cuadro 3. Comparación de las respuestas de los líderes de comunidades y los datos del monitoreo del Programa de SMN sobre si una comunidad cuenta o no con un comité de salud comunitario, Departamentos de Quiché, Sololá y San Marcos

Líderes de comunidades	Datos de monitoreo de SMN		Total
	Sí	No	
Sí	18	5	23
No	11	19	30
Total	29	24	53

En Quiché, hubo un acuerdo del 70% entre los líderes de las comunidades y los datos de monitoreo del programa sobre si la comunidad había recibido la intervención de movilización comunitaria o no. Hallamos un patrón similar en Sololá y San Marcos. En 11 de las comunidades, los datos de monitoreo del Programa de SMN mostraron una intervención en la comunidad cuando en realidad no hubo ninguna, y en cinco comunidades (tres en Quiché y dos en Sololá) hallamos un comité de salud activo donde el Programa no había reportado ninguno (ver el **Cuadro 3**). Estos últimos cinco comités de salud comunitarios estaban estrechamente asociados con la "extensión de cobertura" (expansión de los servicios de salud del MSP). En este estudio, 11 comunidades tenían datos que mostraban actividades de intervención, pero los datos de la entrevista al líder de la comunidad no mostraban evidencias de intervención. Estas comunidades fueron codificadas como "no movilizadas" para el análisis.

También entrevistamos a miembros de los comités de salud comunitarios en 10 de las 23 comunidades. La mayoría de las entrevistas fueron realizadas en Sololá (seis), tres en Quiché y ninguna en San Marcos. En San Marcos, los comités de salud comunitarios no se habían reunido en los últimos 9 a 12 meses y, en un caso, los miembros del comité estaban realizando trabajo estacional en otras localidades. La mayoría de los presidentes de los comités de salud comunitarios eran hombres y sólo dos comités contaban con una partera tradicional entre sus miembros.

En general, los respondientes estuvieron de acuerdo en que la decisión de formar comités de salud comunitarios era resultado de una visita hecha por individuos de afuera de su comunidad que los hacía tomar conciencia de que las muertes maternas podían ser prevenidas con la ayuda de una comunidad organizada. En la mayoría de las comunidades, los respondientes describieron un proceso que llevó varios meses, durante los cuales hubo frecuentes reuniones y asambleas como resultado de las cuales se seleccionó a los miembros del comité de salud comunitario. En la mayoría de los casos, una vez que se formaba el comité de salud, éste asumía la responsabilidad de continuar con la organización necesaria a fin de estar preparados para enfrentar las complicaciones maternas. Los miembros del comité de salud comunitario sabían que era necesario un plan de emergencia, de modo que asumieron responsabilidad por distintos aspectos de la implementación. La mayoría de los respondientes identificaron la falta de transporte, y la falta de fondos para pagarlo, como uno de los obstáculos más importantes que era necesario superar. Algunos comités recolectaron fondos en la comunidad, otros comités rifaron mercadería para suministrar fondos de emergencia a las mujeres que necesitaban ser transportadas a un hospital. Con frecuencia se llamaba a los bomberos para transportar a una embarazada al hospital cuando ocurrían complicaciones. Los respondientes de 16 de las 23 comunidades con un comité de salud reportaron que su comunidad había utilizado el plan de emergencia para ayudar a pagar el costo de trasladar al hospital a las mujeres que sufrían alguna complicación relacionada con el embarazo. Los respondientes de las comunidades que no contaban con un comité de salud respondieron en forma unánime que la elaboración de un plan para manejar las emergencias maternas sería muy beneficioso para sus comunidades.

Todos los líderes de los comités y las obstetrices entrevistadas reportaron saber que las embarazadas con complicaciones necesitaban ir al hospital para recibir atención. Cuando se les preguntó si su comunidad sabía qué hacer en caso de una emergencia materna, una partera tradicional de la comunidad de Ilom respondió: "*Estamos organizados para conseguir un carro que saque a la mujer en peligro*". Otra partera tradicional de la comunidad de La Hacienda respondió a la misma pregunta diciendo: "*Buscan* [refiriéndose al comité] *carro para trasladar a la paciente a Uspantán y lo pagan.*"

El Presidente del Comité de Atención de la Salud Comunitario en El Caracol respondió a la pregunta diciendo que: "*El apoyo todos aquí lo hemos planeado para cualquier emergencia; cuando es embarazada u otras enfermedades. Nosotros mandamos si no hay energía para comunicarnos por teléfono, mandamos a uno o dos compañeros a traer la ambulancia, o los bomberos llevan al paciente al hospital.*"

Se pidió, además, a los líderes de la comunidad y a los funcionarios de salud locales que nombrasen el hospital, puesto de salud y centro de salud a los cuales acudían las embarazadas en sus localidades. Hubo gran concordancia entre las respuestas de los líderes y las de los funcionarios de salud locales. También se pidió a los líderes que calcularan el tiempo y la distancia que había desde su comunidad hasta el hospital, centro de salud y puesto de salud más cercanos. Los resultados muestran que los hospitales en Nebaj y Uspantán son los dos hospitales que utiliza la población del Departamento de Quiché. Las comunidades que utilizan el Hospital Nebaj están más alejadas, a una distancia que varía de 1 a 5 horas para llegar al hospital, mientras que aquellas que utilizan el Hospital Uspantán reportan entre 30 minutos y 3 horas para llegar al hospital. En el Departamento de San Marcos, la mayoría de los respondientes estuvieron de acuerdo en que el hospital que su población utiliza es el Hospital Regional Malacatan. Sin embargo, mientras que el funcionario de salud local dio el nombre del Hospital Malacatan, salvo por una comunidad que utilizaba el Hospital Regional de San Marcos, los líderes de dos comunidades mencionaron el Hospital Montanita y otros dos, el Hospital Coatepeque. La variación de tiempo estimado para llegar al hospital fue entre 30 minutos y 4 horas. En el Departamento de Sololá, los líderes y el funcionario de salud estuvieron de acuerdo en que los dos hospitales utilizados eran el Hospital Mazatenango y el Hospital Regional de Sololá. El tiempo requerido para llegar a estos dos hospitales era entre 30 minutos y 2 horas.

Los centros de salud a los cuales acudían las comunidades de los tres departamentos estaban a menudo localizados entre 15 minutos y 3 horas de distancia de las comunidades incluidas en nuestro estudio. Todos los puestos de salud eran accesibles en un período de tiempo de 5 a 30 minutos, lo que hacía de ellos los establecimientos de salud más cercanos a cada comunidad.

Encuesta de población: conocimiento, percepciones y cambio de comportamiento

Los resultados presentados en este informe de impacto están basados en el análisis de una sub-muestra de mujeres que tuvieron al menos un parto en los 12 meses anteriores a las encuestas (n=325 para la línea basal y n=787 para el seguimiento). Todos los hombres encuestados fueron incluidos en el análisis. Las mujeres en la encuesta de línea basal y en la de seguimiento tenían características sociodemográficas comparables: la mayoría estaban casadas o en unión conyugal, eran menores de 30 años de edad, de origen maya, no empleadas, y tenían solo educación primaria o ninguna educación (ver el **Cuadro 4**). Sin embargo, la mayoría de las mujeres en el seguimiento vivía en el área urbana, lo que es significativamente diferente de la línea basal, en la cual una mayoría de las mujeres vivía en contextos rurales (**Cuadro 4**).

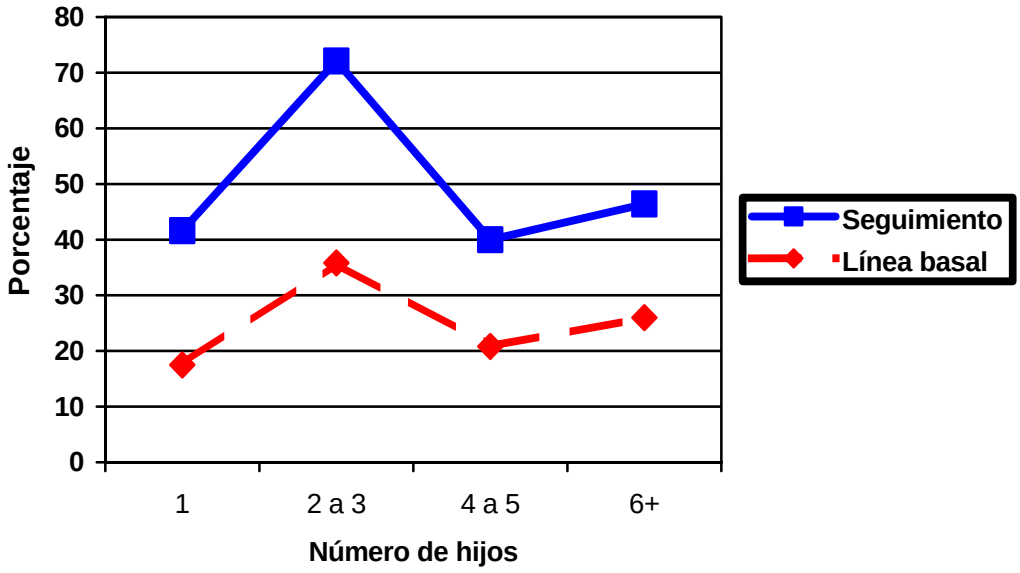
Cuadro 4. Distribución por sexo de características sociodemográficas seleccionadas, por línea basal y seguimiento

Características sociodemográficas	Mujeres		Hombres	
	Línea basal	Seguimiento	Línea basal	Seguimiento
	% (N=325)	% (N=787)	% (n=512)	% (n=546)
Edad				
15–19	13,2	14,4	2,1	5,1**
20–24	31,1	31,0	10,7	22,7
25–29	23,4	24,5	17,2	25,8
35–39	10,8	10,7	13,1	13,5
40 o más	4,0	3,3	37,9	13,0
Estado civil				
Casada/en unión	93,8	94,0	100,0	100,0
No casada/no unida	6,2	6,0	–	–
Paridad				
1	17,0	23,1	–	–
2–3	36,3	35,3	–	–
4–5	20,3	20,5	–	–
> 5	26,4	21,1	–	–
Educación				
Ninguna	40,9	36,3	31,0	20,3**
Primaria	45,2	43,3	49,0	53,7
Secundaria +	13,8	20,3	19,9	26,0
Etnicidad/Lengua				
Español	44,9	46,4	46,1	48,7
Maya	55,1	53,6	53,9	51,3
Lugar de residencia				
Urbana	34,5	53,7**	39,1	55,3**
Rural	65,5	46,2	60,9	44,7
Empleo con paga				
Sí	24,6	21,5	85,2	92,3**
No	75,4	78,5	14,8	7,7

** p<0,01 para comprobar las diferencias entre las mediciones de línea basal y de seguimiento

La paridad de las mujeres era comparable en ambas encuestas, pero una proporción considerablemente mayor de mujeres había recibido atención prenatal en el seguimiento que en la línea basal (ver la **Figura 11**). Sin embargo, el patrón general permaneció similar para ambos grupos, con la proporción más alta de mujeres que recibieron atención prenatal en su último parto entre aquellas que tenía dos o tres hijos.

Figura 11. Porcentaje de mujeres que recibieron atención prenatal en su último embarazo, para la línea basal y de seguimiento, por paridad



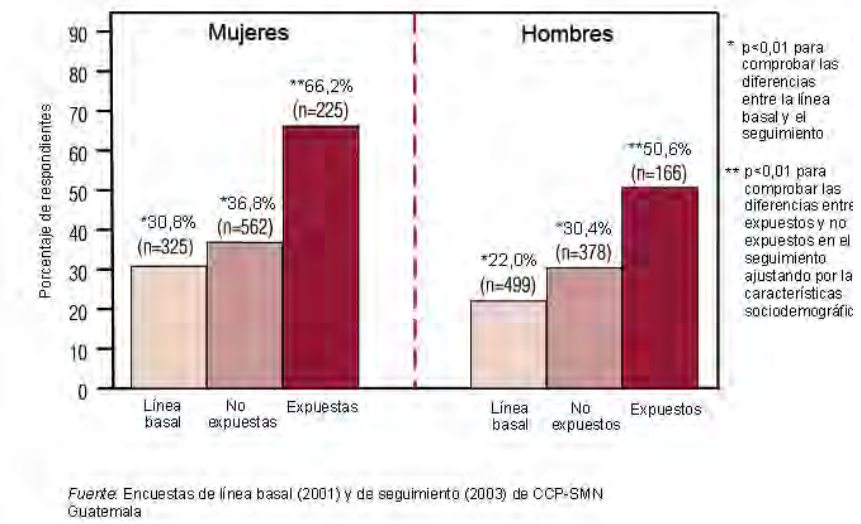
Casi una tercera parte de las mujeres (29%) y los hombres (31%) en el seguimiento estuvieron expuestos a algún aspecto de las actividades y mensajes del Programa. Pocas mujeres y hombres estuvieron expuestos a los mensajes por televisión y radio, lo que era de esperarse dada la línea de tiempo de las intervenciones del Programa. La mayoría de las mujeres expuestas reportaron que un proveedor de salud recomendó la importancia de contar con un plan para saber qué hacer en caso de una emergencia relacionada con el embarazo o el parto.

Conocimiento

El conocimiento de los signos de peligro aumentó significativamente tanto para las mujeres como para los hombres en el seguimiento cuando se los compara con la línea basal después de ajustar por las características sociodemográficas y por haber recibido atención prenatal durante el último embarazo. Entre las mujeres expuestas a las intervenciones del Programa, 66% sabía que el sangrado abundante durante el embarazo y el parto es una complicación que debe ser tratada en el entorno hospitalario, comparado con el 31 % en la línea basal (ver la **Figura 12**). Un patrón similar se observó entre los hombres, con un aumento del 22% en la línea basal al 51% para aquellos expuestos en el seguimiento.

El conocimiento del sangrado durante el posparto también fue significativamente mayor entre las mujeres y hombres expuestos al Programa (56% y 41% respectivamente) que entre aquellos en la línea basal (18% para hombres y 28% para mujeres) y aquellos no expuestos (27% para hombres y 29% para mujeres) al Programa.

Figura 12. Porcentaje de respondientes que saben que el sangrado abundante durante el embarazo/parto requiere atención en el establecimiento de salud, por línea basal, por exposición en el seguimiento y por sexo



Si bien el conocimiento de otros signos de peligro durante el embarazo todavía permanecía bajo, hubo cambios significativos entre las mujeres en la línea basal y aquellas expuestas en el seguimiento. Por ejemplo, comparado con las mujeres en la línea basal, un porcentaje mayor de mujeres expuestas al Programa en el seguimiento sabían que la cefalea intensa, las convulsiones, las manos hinchadas, y la pérdida de conciencia eran signos de peligro (ver el **Cuadro 5**). Por otra parte, el conocimiento en el caso de las mujeres no expuestas no cambió significativamente entre la línea basal y el seguimiento. Tendencias similares se midieron para los hombres entre la línea basal y aquellos expuestos en el seguimiento. El cambio en el conocimiento de que la fiebre alta es un signo de peligro no fue significativo después de controlar por característica sociodemográfica y por uso de atención prenatal en el último parto.

Cuadro 5. Porcentaje de respondientes con conocimiento de otros signos de peligro fuera del sangrado durante el embarazo, en la línea basal y por exposición en el seguimiento

Signo de peligro durante el embarazo	Mujeres que dieron a luz recientemente			Esposos de mujeres actualmente embarazadas y mujeres que dieron a luz recientemente		
	Línea basal (n=325)	Seguimiento (n=787)		Línea basal (n=512)	Seguimiento (n=546)	
		Exp. (n=225)	No exp (n=562)		Exp. (n=166)	No exp. (n=380)
Cefalea intensa	7,4	20,9**	9,4	4,5	16,9**	8,9
Convulsiones	1,2	3,1**	,5	1,4	1,2	,5
Manos hinchadas	8,3	15,6**	6,8	5,5	10,8*	6,1
Fiebre alta	6,1	14,2	8,4	8,0	12,6	8,2
Pérdida de la conciencia	3,1	7,6**	2,0	3,1	10,2**	3,2

* p<0,05, ** p<0,01 para comprobar las diferencias entre la línea basal y el seguimiento, y para comprobar las diferencias entre expuestos y no expuestos en el seguimiento ajustando por las características sociodemográficas y por el uso de atención prenatal en el último embarazo

Tanto mujeres como hombres mostraron aumentos significativos en el conocimiento de otros signos de peligro durante el parto, incluyendo el conocimiento de que la madre debe ser llevada a un establecimiento de salud si la placenta no ha sido expulsada 30 minutos después del parto: 9% en la línea basal comparado con 24% en el seguimiento para las mujeres expuestas y 6% para aquellas no expuestas; y 5% para los hombres en la línea basal comparado con 19% para aquellos expuestos en el seguimiento y 7% entre los no expuestos (**Cuadro 6**). De manera similar, tanto mujeres como hombres que fueron expuestos al Programa poseían un conocimiento significativamente mayor (22% y 19% respectivamente) que aquellos en la línea basal (11% para mujeres y 8% para hombres) respecto a que el trabajo de parto prolongado por más de 12 horas constituye un signo de peligro que requiere atención hospitalaria.

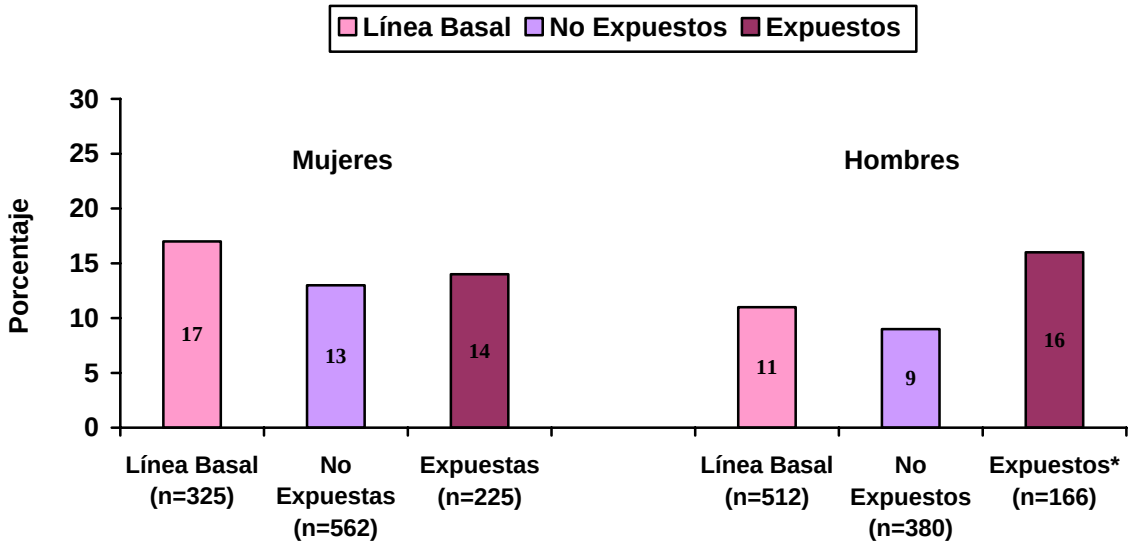
Cuadro 6. Porcentaje de respondientes con conocimiento de los signos de peligro durante el parto, en la línea basal y el seguimiento

Signo de peligro durante el parto	Mujeres que dieron a luz recientemente			Esposos de mujeres actualmente embarazadas y mujeres que dieron a luz recientemente		
	Línea basal (n=325)	Seguimiento (n=787)		Línea basal (n=512)	Seguimiento (n=546)	
		Exp. (n=225)	No exp. (n=562)		Exp. (n=166)	No exp. (n=380)
Trabajo de parto que dura >12 horas	11,4	22,2**	8,7	8,4	19,3**	7,6
Placenta no expulsada 30 min. después del bebé	8,6	23,6**	6,0	6,6	18,7**	6,6

** p<0,01 para comprobar las diferencias entre la línea basal y los expuestos durante el seguimiento y los expuestos y no expuestos en el seguimiento después de ajustar por las características sociodemográficas y por el uso de atención prenatal en el último embarazo

El conocimiento de otros signos de peligro aparte del sangrado abundante durante el posparto sigue siendo bajo, y si bien se dieron cambios significativos entre los hombres entre la línea basal (11%) y el seguimiento para aquellos expuestos (16%), el conocimiento de estos signos entre las mujeres disminuyó en el seguimiento comparado con la línea basal (ver la **Figura 13**).

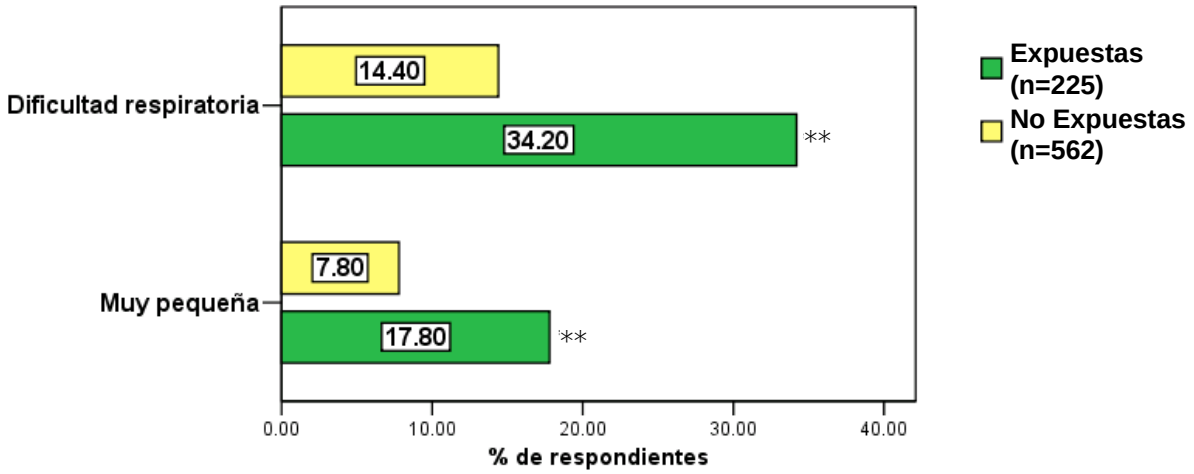
Figura 13. Porcentaje de respondientes que saben que la fiebre alta después del parto es un signo de peligro, por sexo y por línea basal, y por exposición en el seguimiento



* p<0,05 para comprobar las diferencias entre expuestos y no expuestos en el seguimiento ajustando por las características sociodemográficas

A las mujeres se les preguntó sobre su conocimiento de los signos de peligro en el recién nacido, pero sólo en el seguimiento. Sin embargo, se midieron diferencias significativas en el conocimiento de que la respiración rápida o la dificultad respiratoria son signos de peligro entre las mujeres expuestas (34%) en comparación con las no expuestas (14%) en el seguimiento (**Figura 13**). El mismo patrón se comprueba respecto al conocimiento de que un recién nacido muy pequeño está en riesgo (8% para aquellas no expuestas en comparación con 18% para aquellas expuestas al Programa).

Figura 14. Porcentaje de respondientes femeninas que saben que la respiración rápida o la dificultad respiratoria son signos de peligro en el recién nacido, por exposición en el seguimiento



** p<0,01 para comprobar las diferencias entre expuestas y no expuestas ajustando por las características sociodemográficas y por el uso de atención prenatal en el último parto

Si bien tanto entre mujeres como entre hombres el conocimiento fue bajo con respecto a los planes que tenía su comunidad para el transporte y los fondos destinados a las emergencias maternas, hubo diferencias significativas en el nivel de conocimiento de aquellos expuestos comparados con los no expuestos al Programa (ver el **Cuadro 7**). Entre las mujeres y hombres expuestos, el conocimiento sobre si la comunidad tenía un esquema de transporte (11,6% y 13,9% respectivamente) fue significativamente mayor entre los expuestos que entre aquellos no expuestos al Programa (6,9% y 8,2%). El mismo patrón se comprueba respecto del conocimiento de que su comunidad ha organizado fondos para ser utilizados en caso de una emergencia materna: 2% de las mujeres no expuestas estaban enteradas comparando con el 7% de aquellas expuestas, y el 2% para los hombres no expuestos frente a 5% para aquellos expuestos.

Cuadro 7. Porcentaje de respondientes que saben que su comunidad tiene un plan para ayudar a las mujeres y los recién nacidos a llegar al lugar de atención, en la línea basal y el seguimiento

Plan de la comunidad	Mujeres que dieron a luz recientemente				Esposos de mujeres actualmente embarazadas y mujeres que dieron a luz recientemente			
	Línea basal (n=325)	Seguimiento (n=787)	Seguimiento (n=787)		Línea basal (n=512)	Seguimiento (n=546)	Seguimiento (n=546)	
			Exp. (n=225)	No exp. (n=562)			Exp. (n=166)	No exp. (n=380)
Transporte	No se dispone	6,9	11,6**	5,0	No se dispone	8,2	13,9**	5,8
Fondos		3,0	6,7**	1,6		2,7	5,4*	1,6

* p<0,05, ** p<0,01 para comprobar las diferencias entre expuestos y no expuestos en el seguimiento ajustando por las características sociodemográficas y por el uso de atención prenatal en el último embarazo

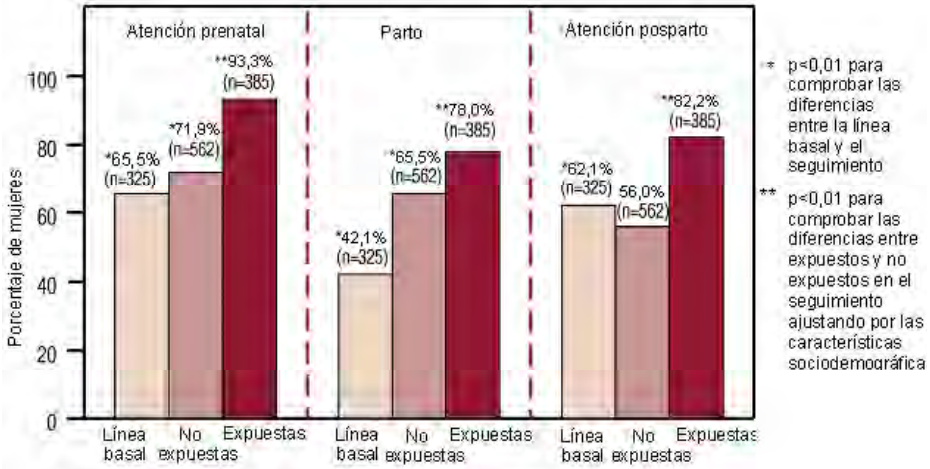
Creencias

Se midieron los cambios significativos entre la línea basal y el seguimiento con relación a las creencias de las mujeres de que las madres y los recién nacidos deben recibir servicios de un proveedor calificado (ver la **Figura 15**). La mayoría de las mujeres expuestas al Programa (93%) creía que una mujer debe recibir servicios de atención prenatal por parte de un proveedor calificado, comparado con el 65% de las mujeres en la línea basal. Lo mismo es cierto sobre la atención del parto y posparto por parte de un proveedor calificado: 71% de las mujeres expuestas al Programa en el seguimiento creían que una mujer debe recibir atención calificada al dar a luz, comparado con el 42% en la línea basal. También hubo cambios entre las mujeres no expuestas: 42% para la atención calificada en el parto y 72% para la atención prenatal.

Comportamiento

En tanto que en la línea basal sólo el 5% de las mujeres reportaron haber hecho un plan para el transporte en caso de emergencias obstétricas, 35% de las mujeres expuestas al Programa hicieron un plan; un marcado contraste con sólo el 12% de las no expuestas (ver el **Cuadro 8**). El porcentaje de mujeres que reportaron tener dinero de reserva aumentó en ambos grupos a partir de una línea basal de 7%, pero alcanzó un nivel mucho más alto entre las mujeres expuestas (62%) que entre las no expuestas (26%).

Figura 15. Porcentaje de mujeres que creen que madres y recién nacidos deben recibir servicios de un proveedor calificado, por tipo de servicio en la línea basal y por exposición en el seguimiento



Fuente: Encuestas de línea basal (2001) y de seguimiento (2003) de CCP-SMN Guatemala

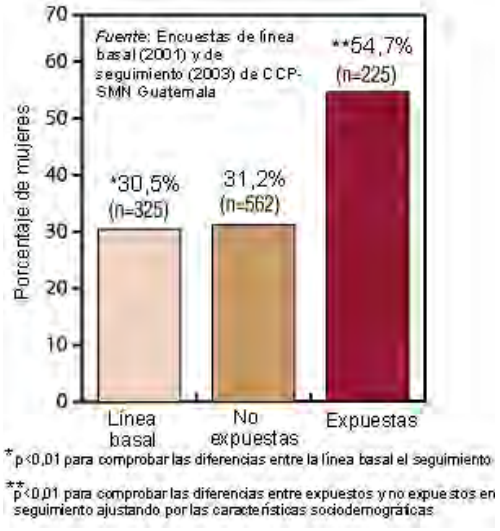
Cuadro 8. Porcentaje de mujeres que hicieron planes de preparación para una emergencia en su último embarazo, por línea basal y por exposición en el seguimiento

	Mujeres		
	Línea basal (n=325)	Seguimiento (n=787)	
		Exp. (n=225)	No exp. (n=562)
Arreglos para el transporte	5,2	35,1**	11,6
Arreglos financieros	7,1	62,2**	26,2

** p<0,01 para comprobar las diferencias entre expuestas y no expuestas, ajustando por las características sociodemográficas y por el uso de atención prenatal en el último embarazo.

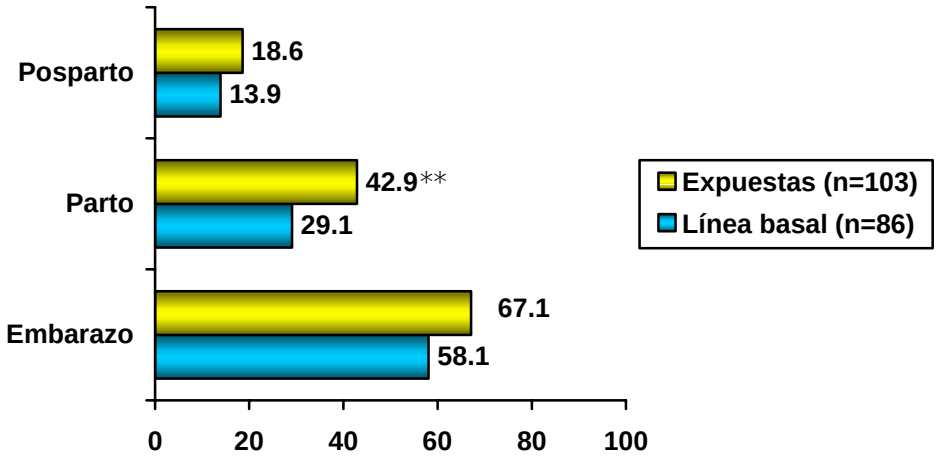
También encontramos un aumento significativo en la proporción de mujeres que dan a luz en el sistema de salud (**Figure 16**). Más de la mitad (55%) de las mujeres expuestas en el seguimiento dieron a luz en un establecimiento, comparando con el 30% en la línea basal y el 31% para las mujeres no expuestas en el seguimiento.

Figura 16. Porcentaje de mujeres que dan a luz en un servicio del sistema de salud



Las mujeres que tuvieron complicaciones durante el embarazo o el parto tenían una probabilidad mucho mayor de buscar atención por un proveedor calificado en el seguimiento si habían estado expuestas al Programa que las mujeres de la línea basal (ver la **Figura 17**). La proporción más alta de mujeres que buscaron atención por un proveedor de salud calificado fueron las que tuvieron complicaciones durante el embarazo (67% para las expuestas en el seguimiento frente a 58% en la línea basal). Un patrón similar se observa para el parto (43% para las expuestas y 29% para la línea basal) y para las complicaciones posparto (19% para las expuestas frente a 14% para aquellas en la línea basal).

Figura 17. Porcentaje de mujeres que buscaron servicios de un proveedor calificado para una complicación obstétrica, entre las mujeres que reportaron complicaciones por embarazo, parto y posparto



** p<0,01 para comprobar las diferencias entre la línea basal y las no expuestas en el seguimiento, ajustando por las características sociodemográficas y por el uso de atención prenatal en el último embarazo

Una mayor proporción de mujeres expuestas al Programa en el seguimiento recibió atención prenatal que en la línea basal. Más mujeres buscaron atención prenatal temprano en su embarazo

entre las expuestas (45,1%) que las mujeres en la línea basal, y una proporción significativamente más alta de mujeres buscó atención prenatal durante el segundo trimestre del embarazo entre las expuestas (34,4%) que las mujeres en la línea basal (29,8%). No hubo cambios entre las mujeres en la línea basal y las que no fueron expuestas en el seguimiento.

Cuadro 9. Porcentaje de mujeres que recibieron atención prenatal por momento en que se hace la primera visita prenatal, en la línea basal y por exposición en el seguimiento

	Mujeres que dieron a luz recientemente		
	Línea basal (n=325)	Seguimiento (n=787)	
		Exp. (n=225)	No exp. (n=562)
Sin visita prenatal	17,8	13,5	17,8
1–3 meses	43,7	45,1	43,7
4–6 meses	29,8	34,4*	29,8
7–9 meses	8,6	7,0	8,6

* p<0,05 para comprobar las diferencias entre la línea basal y el seguimiento

Las mujeres en el seguimiento que fueron expuestas al Programa tuvieron una probabilidad mucho mayor de haber recibido atención de un médico (43%) o enfermera (6,2%) que las de la línea basal (9,5% y 0,3% respectivamente en la línea basal) o las no expuestas (ver el **Cuadro 10**).

Cuadro 10. Porcentaje de distribución de mujeres que recibieron atención posparto, por tipo de proveedor de servicios, en la línea basal y el seguimiento

Proveedor de atención posparto	Mujeres que dieron a luz recientemente		
	Línea basal (n=325)	Seguimiento (n=787)	
		Exp. (n=225)	No exp. (n=562)**
Sin atención posparto	89,8	47,1**	68,3
Médico	9,5	43,1**	20,6
Enfermera	,3	6,2**	5,0
Partera tradicional	,3	,4	,4

** p<0,01 para comprobar las diferencias entre la línea basal y el seguimiento, ajustando por las características sociodemográficas

Mejoramiento del sistema de salud

Capacitación

Los siguientes son los resultados clave del componente de AMNE:

- De 2001 a 2003, el Programa de SMN enseñó habilidades de AMNE básica a 66 proveedores de salud y habilidades de AMNE integral a 60 proveedores de servicios. Además, el SMN desarrolló un grupo central de 28 capacitadores clínicos guatemaltecos.
- Los capacitadores clínicos guatemaltecos continuaron la tarea y desarrollaron 29 capacitadores clínicos más y comenzaron a capacitar a más proveedores de AMNE haciendo uso de un

enfoque de capacitación modular. A partir de mayo de 2004, 20 de estos proveedores habían completado todos los módulos de AMNE básica y otros 44 habían completado todos los módulos de AMNE integral. Además, 422 proveedores todavía estaban inscritos en el curso de AMNE básica y 194 proveedores en el curso de AMNE integral, y todos estos proveedores habían completado al menos un módulo de su capacitación.

- El Programa de SMN trabajó con el MSP para prestar capacitación en prevención de infecciones a 332 participantes y capacitación en relaciones interpersonales y comunicación intercultural a 440 participantes durante la vida del Programa.

MDC

- Dentro de los siete departamentos donde funcionó el Programa de SMN, hay un total de 428 establecimientos de salud del sector público. Desde el 2003, el Programa de SMN había trabajado con el MSP para iniciar el proceso de MDC en más de una tercera parte de ellos (153 establecimientos) a lo largo de la vida del Programa, incluyendo 10 de los 12 (83,3%) hospitales, 44 de los 90 (48,8%) centros de salud, 97 de los 323 (30,0%) puestos de salud, y 2 de las 3 (66,6%) maternidades de la comunidad.
- El número de establecimientos de salud apoyados cada año por el Programa de SMN se elevó de 69 en el 2001 a 140 en el 2003 (esto concuerda con el total en la vida del Programa, ya que el apoyo a algunos de los establecimientos por parte del Programa de SMN finalizó en el 2002). El primer centro de salud fue acreditado mediante el proceso de MDC en el 2002, y para junio del 2003, 18 centros de salud habían logrado la acreditación. Esta lista abarca dos hospitales, nueve centros de salud y siete puestos de salud ubicados en seis departamentos, es decir, 12,8% de los 140 establecimientos que el Programa de SMN apoyó en el proceso de MDC durante 2003. De los 18 establecimientos acreditados, hay cinco en Suchitepéquez, cuatro en Quiché y San Marcos respectivamente, dos en Sololá y Quetzaltenango respectivamente, y uno en Retalhuleu. El porcentaje de establecimientos que cuenta con un conjunto de normas y protocolos de AMNE disponibles en el lugar creció del 2,8% en 2001 al 16,9% en 2002 y al 44% en 2003.
- El número de hospitales apoyados por el Programa de SMN varió de siete en 2001, a 10 en 2002 y ocho en 2003. El porcentaje de hospitales que realiza la descontaminación adecuada de los instrumentos creció del 0 al 50% al 100% en 2001, 2002 y 2003. Y todos los hospitales han visto un incremento en sus puntajes de MDC en prevención de infecciones cada año que fueron evaluados. Partiendo del 28,5% en 2001, el 63% de los hospitales tenían insumos y equipos adecuados para la AMNE en sus salas de trabajo de parto y parto en 2003. Sesenta y tres por ciento de los hospitales están vinculados en alguna forma con un comité de salud comunitario, partiendo de un 14% en 2001. El aspecto que aún constituye un desafío es que sólo tres de ocho hospitales en 2003 contaban con un banco de sangre que funcionaba las 24 horas.

Aunque los hallazgos anteriores son más significativos clínica y programáticamente que los puntajes numéricos generales de MDC, los hallazgos basados en el puntaje se presentan abajo como medidas sumarias de tendencias de los logros en el transcurso del tiempo en los establecimientos donde se realiza la intervención. Los aumentos promedio en el puntaje de los establecimientos evaluados en la línea basal y el seguimiento con la Versión 1 del instrumento de MDC fueron del 18% al 55% en los hospitales, del 18% al 50% en los centros de salud de nivel B, y del 16% al 64% en los puestos de salud. Los aumentos promedio en el puntaje de los establecimientos evaluados en más de un seguimiento con la Versión 2 del instrumento de MDC fueron del 52% al 76% en los hospitales, del 57% al 69% en los centros de salud de nivel B, y del 55% al 65% en los puestos de salud. Los

últimos puntajes son más altos debido a cambios en los formularios de recolección de datos de MDC documentados anteriormente y porque ellos representan datos posteriores del Programa. Independientemente de la versión del instrumento utilizada, los aumentos en los puntajes alcanzados se observan en todos los tipos de establecimientos.

Las **Figuras 18 y 19** abajo muestran el cambio en el porcentaje de los criterios de calidad satisfechos en los hospitales en el proceso de MDC, utilizando las Versiones 1 y 2 del instrumento de recolección de datos, respectivamente. Si bien hay ganancias importantes a lo largo del tiempo, las áreas clínicas de *Manejo Integral y Parto* quedaron detrás de los restantes componentes en la primera parte del Programa. Los resultados con la Versión 2 pueden parecer más promisorios, pero los puntajes más altos en estas áreas técnicas relativos al patrón visto en la Versión 1 también son artefactos del cambio de diseño.

Figura 18. Tendencia en el puntaje de MDC (porcentaje de criterios de calidad satisfechos) por área técnica, hospital, Versión 1

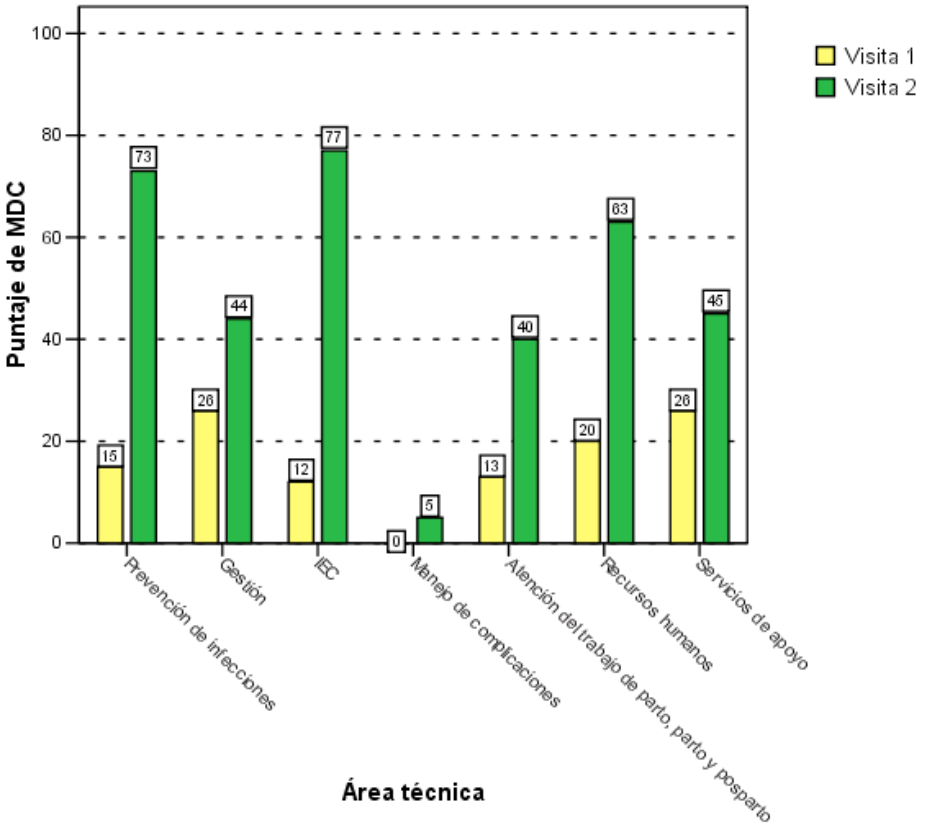
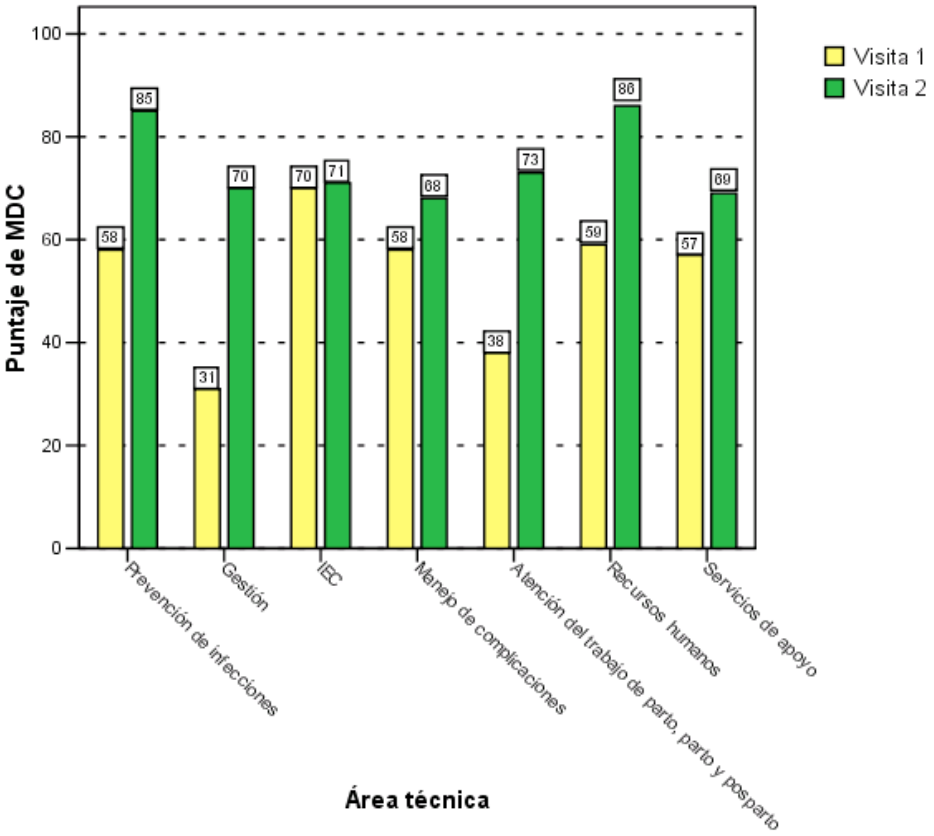


Figura 19. Tendencia en el puntaje de MDC (porcentaje de criterios de calidad satisfechos) por área técnica, hospital, Versión 2



Necesidad satisfecha

La necesidad satisfecha para la atención obstétrica esencial ha fluctuado a lo largo de la vida del Programa de SMN, habiendo decrecido más recientemente en un período de 3 años. A pesar de que la literatura [40] cita las numerosas limitaciones metodológicas para este indicador, el indicador a menudo se analiza e interpreta como si fuera significativo. El **Cuadro 11** a continuación documenta la tendencia reciente de la necesidad satisfecha. Sin embargo, debido a que el Programa de SMN concuerda en que hay debilidades de metodología y problemas específicos en la calidad de datos que afectan su medición en los hospitales del programa de Guatemala, ya documentados en otro documento[41], no interpretaremos los datos de estos hallazgos desde el punto de vista de la evolución general del Programa.

[40] Consultar Ronsmans C et al. 2001. Questioning the indicators of need for obstetric care. *Bulletin of the World Health Organization* 80(4): 317–324, y UNICEF. 1997. *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services,* UNICEF: New York. (Octubre)

[41] Schenck-Yglesias C y ME de Monroy. 2004. *Guide for the Construction of Met Need,* MNH Program/Guatemala, Monitoring & Evaluation CD-ROM.

Cuadro 11. Necesidad satisfecha, seis departamentos, Guatemala, 1999–2003

Departmento	1999	2000	2001	2002	2003
Quetzaltenango	92,8%	79,5%	99,2%	115,5%	105,8%
Retalhuleu	94,8%	85,3%	117,7%	117,9%	81,2%
Suchitepéquez	80,8%	45,9%	43,9%	56,1%	58,4%
Sololá	51,4%	31,6%	37,1%	47,1%	43,4%
San Marcos	61,9%	50,1%	76,4%	54,4%	36,0%
Totonicapán	38,3%	58,0%	51,6%	32,9%	14,0%
TOTAL	70,3%	58,0%	72,5%	70,4%	57,8%

Registro de nacimientos

La selección de los indicadores para monitorear utilizando el registro de nacimientos en Guatemala se hizo observando las prácticas importantes basadas en evidencias en el área de Maternidad Saludable. La OMS incluye el manejo activo del tercer período del parto como una forma de atención beneficiosa, ya que disminuye la pérdida de sangre después del parto.[42] El índice de cesárea, el contacto piel-a-piel inmediato y el uso del partograma miden aspectos de la atención delineados como intervenciones de marcación por la OMS (ver la **Figura 10** anteriormente). El indicador de episiotomía restrictiva se usa porque la OMS ha indicado que "una política de practicar la episiotomía de rutina para evitar desgarros perineales/vaginales [puede ser peligrosa] en comparación con el uso restrictivo de la episiotomía debido a la incidencia de complicaciones posteriores al procedimiento y a la mayor incidencia de trauma al tracto genital de la madre."[43] Por lo tanto, los resultados tienen intención de señalar al Programa de SMN y al MSP si las prácticas se están llevando a cabo del modo prescrito en forma regular en las concurridas salas de trabajo de parto y parto de los hospitales.

Los indicadores se calcularon representando todos los casos vistos en el período de seis meses de octubre de 2003 a marzo de 2004, en los siguientes hospitales donde se realiza la intervención: Coatepeque, Malacatán, Quetzaltenango, Retalhuleu, San Marcos, Sololá y Suchitepéquez. Los índices de cesárea en los hospitales donde se realiza la intervención variaron del 20–33% con un promedio del 26%. El rango esperado internacionalmente es de 5–15%; y más de 15% puede indicar el uso excesivo del procedimiento. Menos de 5% indicaría falta de accesibilidad a las cesáreas que son médicamente necesarias.[44] El porcentaje promedio de partos en que el proveedor había usado un partograma fue del 60%, con un rango de 33–87%. La meta del MSP es la utilización universal del partograma para monitorear el progreso del parto. En promedio, al 35% de las primíparas que tuvieron un parto vaginal se les practicó una episiotomía en los hospitales del Programa. El rango fue del 11–72%. Esto se compara con la publicación de CLAP/OPS que muestra un rango de la tasa de episiotomía de 69–92% en las primíparas en un estudio realizado en hospitales de Latinoamérica.[45] La OMS recomienda **no** practicar la episiotomía como una intervención médica de rutina, ya que no aporta ningún beneficio para la madre o el niño y puede aumentar el riesgo de

[42] World Health Organization (WHO). 2002. *Global Action for Skilled Attendants for Pregnant Women,* WHO/RHR/02.17. WHO: Ginebra.
[43] Ibid., p. 19.
[44] UNICEF. 1997. *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services,* UNICEF: New York. (Octubre)
[45] Althabe F, JM Belizán, y E Bergel. 2002. Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: Hospital based descriptive study. *British Medical Journal* 324: 945–946. (Abril 20)

complicaciones. El 68% de los recién nacidos fueron colocados inmediatamente en contacto piel-a-piel con sus madres, con un rango del 33–90%. La recomendación de la OMS es el uso universal de esta práctica para proteger a los bebés de la hipotermia y promover el apego emocional. El porcentaje promedio de partos vaginales en los cuales el proveedor había realizado el manejo activo del tercer período del parto fue del 79%, con un rango del 17% al 100% en los hospitales del Programa. Los protocolos clínicos demandan el uso universal del manejo activo del tercer período del parto en los partos vaginales para prevenir la hemorragia posparto, una de las principales causas de mortalidad materna en Guatemala.

Las **Figuras 20–24** muestran las tendencias mensuales para cada indicador por hospital, con excepción de la **Figura 22** para el manejo activo, que muestra sólo tres hospitales debido a cuestiones relativas a la calidad de datos para este indicador en los datos correspondientes a varios meses para el resto de los hospitales.

Figura 20. Porcentaje de partos en hospitales en los cuales se usó un partograma para monitorear el progreso, octubre 2003–marzo 2004

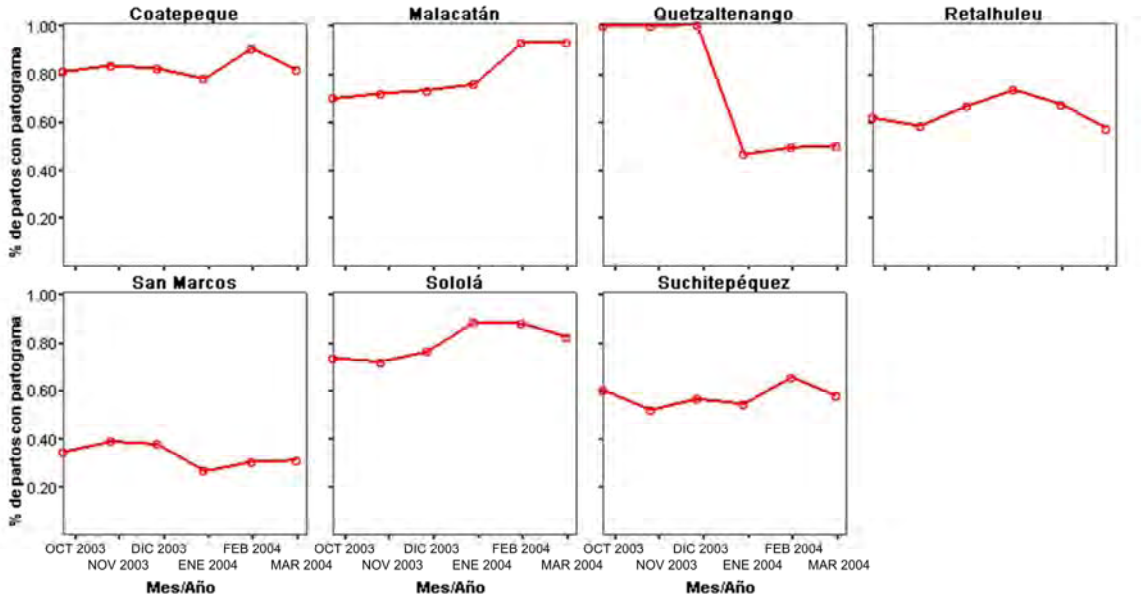


Figura 21. Tasas de episiotomía en primíparas con partos en hospitales, octubre 2003–marzo 2004

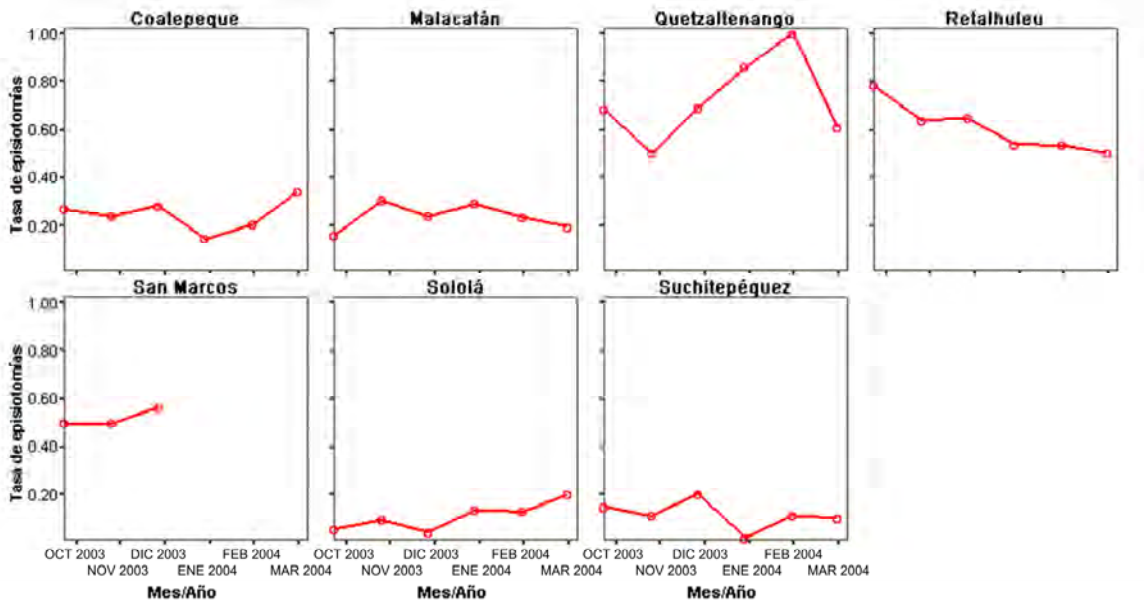


Figura 22. Porcentaje de partos vaginales en hospitales con manejo activo del tercer período del parto (MATTP), octubre 2003–marzo 2004

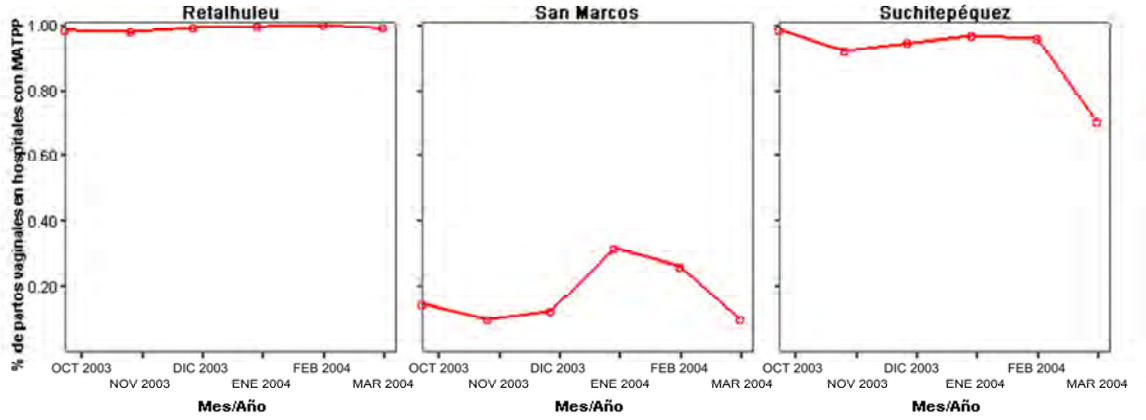


Figura 23. Porcentaje de cesáreas en hospitales, octubre 2003–marzo 2004

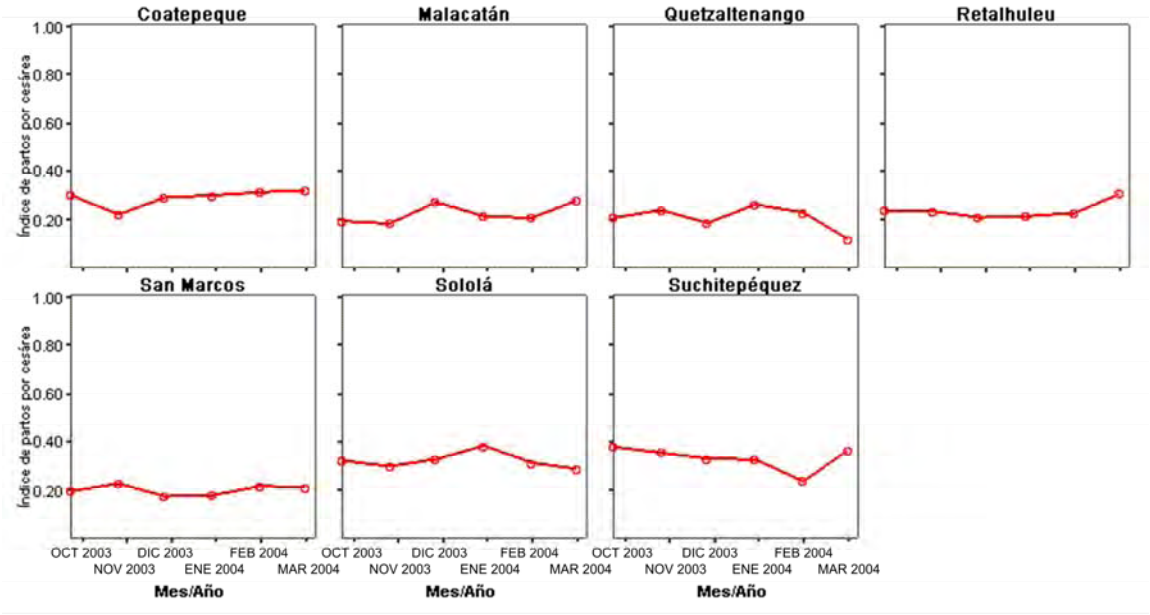
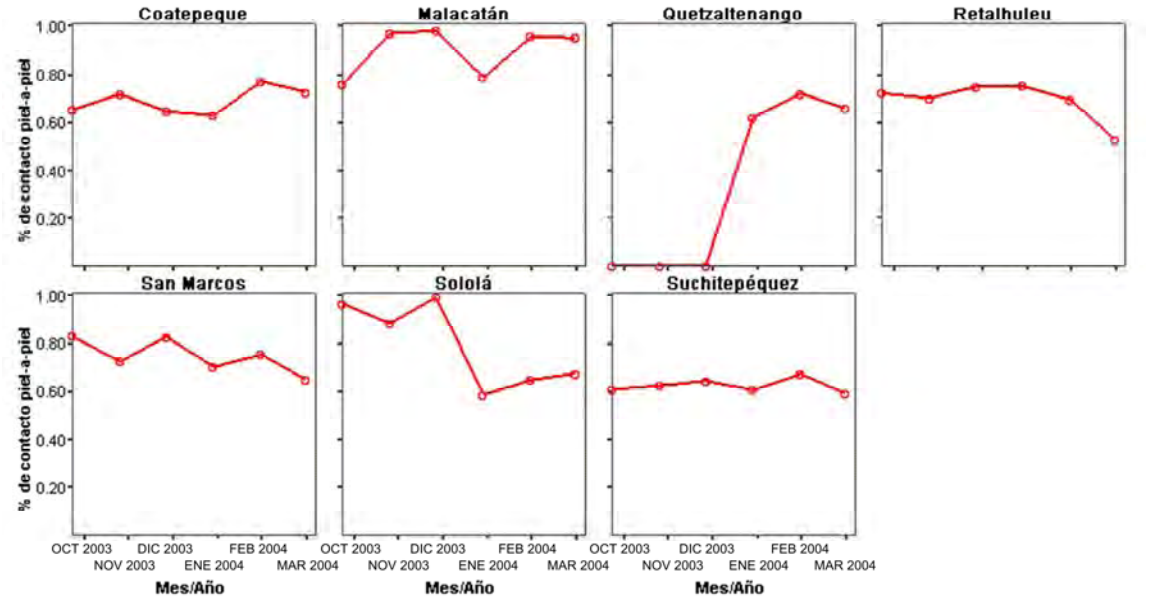


Figura 24. Porcentaje de recién nacidos en hospitales que fueron colocados inmediatamente en contacto piel-a-piel con la madre, octubre 2003–marzo 2004



Aunque no hay datos de monitoreo sobre esta práctica en los registros de nacimientos, los proveedores de servicios en hospitales del Programa son cada vez más conscientes de la importancia de una mejor comunicación con las pacientes indígenas y sus familias. Esta nueva conciencia se produjo en parte por la capacitación en servicio y la iniciativa de MDC. En el Hospital Sololá, se permite a las parteras tradicionales acompañar a las mujeres durante el parto, brindando apoyo social en forma acorde con su cultura. Los datos anecdóticos sugieren que casi todas las mujeres que dan a luz en Sololá optan por esta práctica, ya que con frecuencia no hablan la misma lengua que los proveedores médicos formales y no es parte de su práctica habitual que sus esposos las acompañen en la sala de parto.

El componente de la política del Programa de SMN ha tenido varios logros importantes. El fortalecimiento del pregrado se inició en las ocho escuelas de enfermería de Guatemala; incorporando modificaciones derivadas de la medicina basada en evidencias en las partes de AMNE de los currículos de siete de las ocho escuelas de enfermería guatemaltecas. Los nuevos currículos se utilizaron con estudiantes de enfermería en las siete escuelas durante el año académico 2003–2004. Varias metodologías y productos técnicos del Programa de SMN fueron institucionalizados por el MSP mientras duró el Programa: el manual *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto*, la metodología de capacitación basada en la competencia, los planes de emergencia familiares y comunitarios, y la capacitación en relaciones interpersonales y comunicaciones interculturales. Seis agencias donantes, ocho municipios, nueve ONG, tres asociaciones profesionales y cinco entidades privadas adoptaron al menos uno de estos servicios o productos técnicos para utilizarlos en actividades relacionadas con la Maternidad Saludable.

Estudio de caso

Se estudiaron los casos de dos mujeres que tuvieron complicaciones obstétricas durante el embarazo o el parto, dieron a luz en un establecimiento de salud oficial después de ser referidas a nivel comunitario, y sobrevivieron el parto. Ambas mujeres vivían en la localidad de Las Canoas perteneciente al municipio de San Andrés Semetabaj, que está en el departamento de Sololá, en el sudoeste de Guatemala. En 2001, Las Canoas organizó un comité para ayudar a las mujeres que tuviesen emergencias durante el embarazo, el parto y el posparto.

El sujeto del primer estudio de caso, María, tuvo un parto normal en el hogar atendido por una partera tradicional, que era miembro del comité de salud. Treinta minutos después del parto, la placenta no había sido expulsada, por lo tanto la partera tradicional le dijo a María y a su esposo que era necesario ir al hospital para recibir atención. La suegra no estaba de acuerdo, pero el esposo y su hermano, un miembro del comité de salud, la convencieron de que María debía ir al hospital. En el hospital, a pesar del mal tratamiento por parte de uno de los médicos, la placenta fue expulsada y María volvió a su hogar. El transporte hacia el hospital, en ambulancia, fue costeado por el Comité de Salud. En este caso, el apoyo de la partera tradicional y del Comité de Salud fue clave para la supervivencia de María.

Juana, sujeto del segundo estudio de caso, presentó hinchazón durante la última semana de su noveno embarazo. Berta, su partera tradicional, le recomendó ir al hospital para dar a luz, y le dijo a Juana y a su esposo que ella no atendería el parto en su hogar porque había signos de peligro. El esposo no quería que Juana fuese al hospital, pero, luego de que Berta y una segunda partera tradicional que era parte del Comité de Salud Comunitario hablaron con él, accedió a dejar que fuera. Juana estuvo hospitalizada por tres días antes de dar a luz. El parto fue normal y fue asistido por un médico. Juana permaneció un par de días más en el hospital y recibió buen trato. Como en el primer caso, la partera tradicional y el Comité de Salud fueron clave para asegurar el buen resultado del parto.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los hallazgos de la evaluación de impacto sobre el mejoramiento de la supervivencia materna mediante la comunicación del cambio de comportamiento y la movilización comunitaria mostraron mejoras considerables en el conocimiento, las actitudes y el comportamiento entre aquellos expuestos a las actividades del Programa. Específicamente:

- Las mujeres expuestas al Programa tuvieron más probabilidad de dar a luz en un establecimiento de salud.
- Casi una tercera parte de las mujeres y los hombres en la encuesta de seguimiento fueron expuestos a las actividades y mensajes del Programa.
- El conocimiento de los signos de peligro, tales como el sangrado abundante, mejoró significativamente tanto entre las mujeres como entre los hombres.
- Las mujeres expuestas al Programa fueron más propensas a creer en el valor de utilizar a un proveedor calificado en el parto.
- Las mujeres expuestas al Programa fueron significativamente más propensas a tener un plan para el transporte en caso de una emergencia obstétrica.
- Mejoró significativamente el conocimiento entre mujeres y hombres de que una mujer debe ser llevada a un establecimiento de salud si la placenta no ha sido expulsada 30 minutos después del parto.
- Las mujeres expuestas al Programa tuvieron una probabilidad mucho mayor de apartar dinero para una emergencia obstétrica.
- Personas de afuera de la comunidad iniciaron la movilización comunitaria en los tres departamentos. La mayoría de los miembros del comité eran hombres y sólo dos comités contaban con una partera tradicional entre sus miembros. Los estudios de casos demuestran que las parteras tradicionales son fundamentales para identificar los signos de peligro y poner en práctica el plan de emergencia comunitario para transportar a las mujeres con complicaciones a los establecimientos del sistema de salud.
- Estos resultados de impacto proporcionan evidencia de que la colaboración entre las entidades públicas y privadas puede conducir a un mayor conocimiento, mejores actitudes y cambio de comportamiento que puede luego contribuir a una mejor supervivencia materna y neonatal. Son necesarios esfuerzos continuos para reforzar el componente de movilización comunitaria del Programa de SMN en Guatemala así como para asegurar que más mujeres y sus parejas continúen aprendiendo cómo prepararse para una emergencia obstétrica. Los programas futuros deben considerar la inclusión de parteras tradicionales en los comités de salud comunitarios debido al importante rol que juegan en la identificación y referencia de las complicaciones obstétricas.
- La capacitación clínica y las intervenciones en MDC trabajaron conjuntamente para movilizar recursos humanos y materiales a fin de lograr una mejor calidad de atención obstétrica esencial en los establecimientos de salud una vez que las mujeres llegaran a los mismos. Estas intervenciones fueron un complemento indispensable para el trabajo en la intervención en el cambio de comportamiento que alentaba a las mujeres a buscar atención médica si advertían signos de peligro y a tener asistencia calificada en el parto.

Los resultados destacados del Programa en relación con el mejoramiento de la prestación de servicios incluyen lo siguiente:

- Se introdujo el manejo activo del tercer período del parto en la capacitación de AMNE en servicio, y está siendo implementada en los hospitales del Programa regularmente. Esto permite abordar el problema de la hemorragia posparto, una de las causas prevenibles más importantes de mortalidad materna.
- Las prácticas de prevención de infecciones están mejorando en todos los niveles del establecimiento de salud donde se ha iniciado el MDC. Este mejoramiento permite abordar el problema de la sepsis, otra causa importante de mortalidad materna.
- Se está implementando el uso restrictivo de la episiotomía como práctica de rutina. Cada vez se practican menos episiotomías en primíparas en los hospitales del Programa que en otros países de Latinoamérica, y esta práctica promete disminuir las tasas de complicación entre los casos obstétricos.
- Los proveedores de salud están adoptando cada vez más prácticas que muestran sensibilidad cultural a los pacientes indígenas y sus familias. El Hospital Sololá representa un ejemplo de este cambio. Allí se fomenta que las parteras tradicionales acompañen a las mujeres durante el parto, brindando así la función de apoyo social y emocional que las *dulas* llevan a cabo cada vez más en EE.UU.
- Se está practicando el contacto inmediato piel-a-piel con la madre, no sólo por razones médicas de prevenir la hipotermia, sino también por el apego emocional que puede lograrse entre la madre y el niño en esta etapa temprana.

En lo que atañe a la sostenibilidad de estos logros, se han fortalecido tanto el sistema de capacitación en servicio como la educación de pregrado, lo que permite que las generaciones futuras de proveedores reciban una enseñanza de alta calidad en la medicina basada en evidencias. Se desarrollaron 57 capacitadores clínicos guatemaltecos, y siete de las ocho escuelas de enfermería implementaron los currículos revisados para AMNE. Además, el gobierno guatemalteco institucionalizó formalmente el proceso de MDC como la metodología que se utilizará para establecer y mantener los servicios de alta calidad en sus establecimientos de salud a nivel nacional.

El punto fuerte del Programa de SMN en Guatemala fue que se dirigía a los aspectos esenciales de la oferta, la demanda y la política. Juntas, ellas fueron capaces de mejorar los procesos y los resultados que perseguía la Maternidad Saludable. Se produjo un cambio de actitud en los individuos y la comunidad, en el conocimiento y en las prácticas, lo que condujo a un mayor acceso a servicios que ahora son de mejor calidad. Muchos de los componentes están ahora institucionalizados a pesar de que el Programa de SMN está terminando. No obstante, se necesitan aún grandes esfuerzos en el futuro para reducir la mortalidad y morbilidad maternas y neonatales en Guatemala.

La desigualdad sigue representando un gran desafío, y demasiadas mujeres y recién nacidos todavía no pueden acceder a la atención obstétrica esencial que requieren en el momento oportuno. Debido a que los recursos son limitados para ampliar a mayor escala incluso las intervenciones basadas en evidencias, se requiere hacer más investigación, monitoreo y evaluación de las intervenciones tanto en el cambio de comportamiento como en la prestación de servicios en Guatemala y en otras partes de Latinoamérica y del mundo. A través de estos esfuerzos, se puede compartir las prácticas eficaces y desechar las prácticas ineficaces con el fin de canalizar los recursos necesarios para el máximo beneficio de las mujeres y sus hijos en el mundo entero.

APÉNDICE A. MOBILIZACIÓN DE RECURSOS PARA EL MEJORAMIENTO DEL DESEMPEÑO Y LA CALIDAD A NIVEL MUNICIPAL

Municipio de San Bernardino, Suchitepéquez
El municipio de San Bernardino en el Departamento de Suchitepéquez brindó apoyo para capacitar a los proveedores del distrito en las habilidades de AMNE, pintar el puesto de salud y contratar una persona para realizar tareas de conserjería; la inversión total del municipio alcanzó a Q 12.580 (US$ 1.581,30) durante 2003.

Municipio de Santo Tomás la Unión, Suchitepéquez
Este municipio financió la capacitación del personal médico y de enfermería en las habilidades de AMNE, la pintura del establecimiento de salud y gastos de mano de obra para reparar lavamanos y retretes. El municipio de Santo Tomás la Unión contribuyó con un total de Q 5.000,00 (US$ 628,50) en 2003.

Municipio de Champerico, Retalhuleu
Este municipio apoyó la visita interinstitucional realizada por el personal del Centro de Salud de Champerico al Centro de Salud San Pablo en San Marcos con el propósito de compartir experiencias y lecciones aprendidas en la implementación del proceso de Mejoramiento del Desempeño. También apoyaron la compra e instalación de dos lavamanos en dos centros de salud, el pintado de la lista de servicios ofrecidos por el centro de salud y la compra de una bomba de agua. La inversión total fue de Q 10.993,00 (US$ 1.381,81).

Municipio de San Gabriel, Suchitepéquez
Durante los años 2002 y 2003, este municipio brindó apoyo significativo (Q 70.000 o US$ 8.798,94) al proceso de Mejoramiento del Desempeño en la AMNE. Específicamente, financiaron la expansión del puesto de salud, la construcción de baños y un depósito, el cambio del piso y el techo, muebles para la oficina de archivos y registros, y el salario de una persona para que realizara trabajos de conserjería.

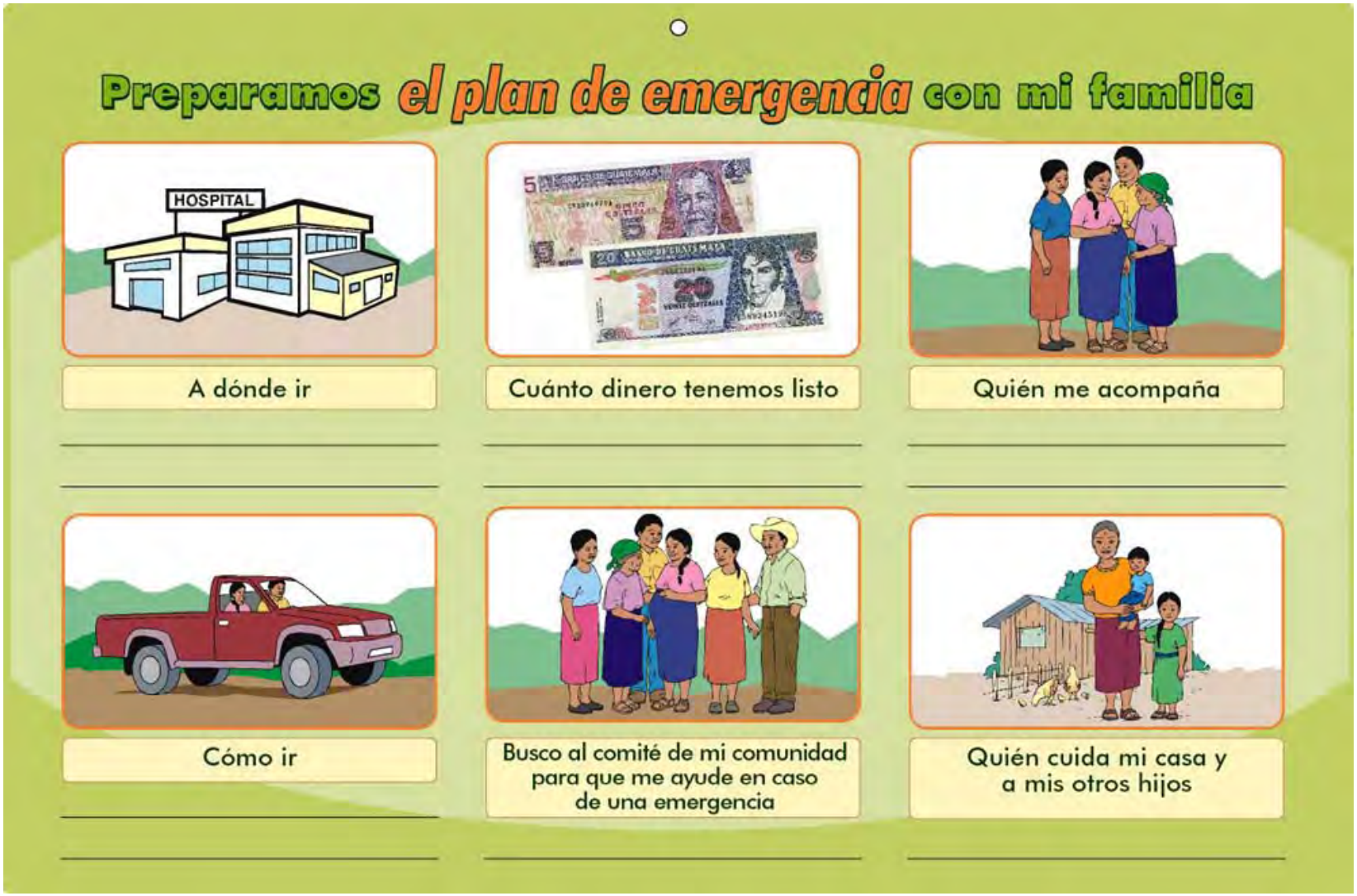
Municipio de Nuevo San Carlos, Retalhuleu
Durante este año fiscal, el municipio prestó apoyo al proceso de Mejoramiento del Desempeño en la AMNE mediante la compra de una bomba de agua, la compra e instalación de dos lavamanos en los centros de salud, el financiamiento para la capacitación de proveedores en AMNE, la construcción de un pozo para desechos sólidos y la reparación del sistema de drenaje. Las donaciones de Nuevo San Carlos totalizan Q 5.500,00 (US$ 691,35).

Municipio de San Lorenzo, Suchitepéquez
Con el monto Q 4.190,00 (US$ 530,37), este municipio apoyó los gastos de mano de obra para la pintura del puesto de salud, recipientes para jabón, una fuente de agua para las usuarias, mantenimiento de los baños y la contratación de una persona para trabajos de conserjería.

Como parte del proceso de Mejoramiento del desempeño y la calidad (MDC) en salud materna y neonatal, conforme al Acuerdo N.º SP-M-1109-2001 con el Ministerio de Salud, para el período de 2002 a 2003, y según lo establecido en el Artículo N.º 5 del Código de Salud, el Artículo N.º 36 del Código Municipal, y el Artículo 17 de la Ley de Descentralización General, fue posible la

movilización de Q 147.673 (US$ 18.562,38) en algunos municipios de los Departamentos de Suchitepéquez, Retalhuleu y Quetzaltenango, con asistencia del Programa de Salud Materna y Neonatal (SMN) de JHPIEGO con fondos donados por la USAID. Estos fondos se usaron para mejorar los procesos que apoyan la AMNE, los cuales a su vez mejoran los vínculos entre los servicios de salud y los municipios con las comunidades. Esto refleja el interés y el nivel de compromiso que las autoridades locales dentro de un contexto descentralizado pueden brindar para cuestiones como la salud materna y del recién nacido. Los acuerdos y las políticas nacionales recientes promueven una mayor participación, descentralización y democratización del sector social en Guatemala. En respuesta a ello, el MSP, con el apoyo del Programa de SMN de JHPIEGO, financiado por la USAID, ha aumentado la participación pública y privada no tradicional y las contribuciones a las intervenciones en salud. Las intervenciones dirigidas a la creación de alianzas con comunidades, actores del sector privado, oficinas del gobierno fuera del sector salud, organizaciones no gubernamentales (ONG) y organizaciones internacionales han dado como resultado la recolección de aproximadamente Q 500.000 (US$ 62.849,60) en los últimos 2 años (2002, 2003).

APÉNDICE B. FOLLETO DEL PLAN DE EMERGENCIA FAMILIAR



Mi familia y yo sabemos que estoy en peligro si:
Tengo hemorragia vaginal
Tengo dolor de cabeza
Tengo fiebre
Tengo dolor fuerte en la boca del estómago
Tengo hemorragia después del parto
Nuestro recién nacido está en peligro si:
Le cuesta respirar
Es muy chiquito
Está muy frío
Está morado
No quiere mamar
Nuestro niño o niña está en peligro si:
No puede mamar o tomar líquidos
Vomita todo
Tiene ataques
Se desmaya
Ministerio de Salud Pública
Maternidad apoyada, familia feliz
USAID
Salud Materno Neonatal
Calidad en Salud
(GTI-IEC)

BIBLIOGRAFÍA

Acevedo D y E Hurtado. 1995. *El papel de las comadronas y proveedores formales en la atención del embarazo, parto y postparto en cuatro comunidades rurales de Guatemala: ¿complementación o conflicto?* Presentación en el Seminario Internacional sobre la Población del Istmus Centroamericano, octubre 19–21.

Althabe F, JM Belizán y E Bergel. 2002. Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: Hospital based descriptive study. *British Medical Journal* 324: 945–946. (Abril 20)

Bailey PE y A Paxton. 2002. Program note: Using UN process indicators to assess needs in emergency obstetric services. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 76: 299–305.

Barillas E et al. 2001. *Evaluación de la Calidad de Registros de Nacimientos en Establecimientos de Salud en Guatemala,* MEASURE/*Evaluation*, Guatemala. (Octubre)

Bartlett A III, MEP de Bocaletti, y MA Bocaletti. 1993. Reducing perinatal mortality in developing countries: High risk or improved labour management? *Health Policy and Planning* 8(4): 360–368.

Belizán J et al. 1999. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: Ecological study. *British Medical Journal* 319: 1397–1402. (Noviembre 27)

Bocaletti E. 1999. *Mortalidad Perinatal en Guatemala: Estudio Comunitario, Guatemala.* MotherCare. (Agosto)

Bocaletti E et al. 1998. *Comparative costs of normal delivery in hospital and in a community maternity center in Guatemala MotherCare Project, Guatemala.* No publicado. (Septiembre)

Brea JA. 2003. Population dynamics in Latin America. *Population Bulletin* 58(1). Population Reference Bureau: Washington, DC.

Buekens P. 2001. Is estimating maternal mortality useful? *Bulletin of the World Health Organization* 79(3): 179.

Buekens P. 2001. Over-medicalisation of maternal care in developing countries. *Studies in Health Services Organisation and Policy* 17: 191–202.

Carroli G y J Belizán. 2004. Episiotomy for vaginal birth. *The Cochrane Library,* Issue 1. John Wiley & Sons, Ltd.: Chichester, Inglaterra.

Carter M. 2002. Husbands and maternal health matters in rural Guatemala: wives' reports on their spouses' involvement in pregnancy and birth. *Social Science and Medicine* 55: 437–450.

Castillo-Salgado C (ed). 1999. *Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención maternoinfantil,* Organización Panamericana de la Salud: Washington, DC.

Champet Gámez AC. 2002. *Episiotomía Restrictiva.* Tesis doctoral, Universidad de San Carlos de Guatemala. (Septiembre)

Duarte MR et al. 2003. *Informe Final: Línea Basal de Mortalidad Materna para el Año 2000*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: Ciudad de Guatemala, Guatemala.

Fonseca-Becker et al. 2004a. *Estudio de Caso. Evaluación de Impacto, Cambio de Conducta y Movilización Comunitaria: Componente Materno Neonatal.* Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. JHPIEGO y Johns Hopkins Bloomberg Center for Communication Programs: Baltimore, Maryland. (También disponible en inglés)

Fonseca-Becker F et al. 2004b. *Estudio de Población. Evaluación de Impacto, Cambio de Conducta y Movilización Comunitaria: Componente Materno Neonatal.* Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. JHPIEGO y Johns Hopkins Bloomberg Center for Communication Programs: Baltimore, Maryland.

Fonseca-Becker F et al. 2004c. *Informe del Estudio de Población: Evaluación de Impacto, Cambio de Conducta y Movilización Comunitaria: Componente Materno Neonatal.* Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. JHPIEGO y Johns Hopkins Bloomberg Center for Communication Programs: Baltimore, Maryland.

Fonseca-Becker F et al. 2004d. *Mobilizing for Impact: Engaging Guatemalan Communities to Save Mothers.* JHPIEGO y Johns Hopkins Bloomberg Center for Communication Programs: Baltimore, Maryland.

Fonseca-Becker F et al. 2001. *Perspectiva Comunitaria sobre Embarazo, Parto y Post Parto en los Departamentos de Quiché, Sololá y San Marcos*. Johns Hopkins Center for Communication Programs: Baltimore, Maryland.

Fort A. 2002. Measuring provider performance: Challenges and definitions. *PRIME II Better Practices,* Número 1. (Noviembre)

Frankenberg E y D Thomas. 2001. Women's health and pregnancy outcomes: Do services make a difference? *Demography* 38(2): 253–265.

Geyoushi BE, Z Matthews y RW Stones. 2003. Pathways to evidence-based reproductive healthcare in developing countries. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 110: 500–507.

Glei DA. 2002. *Utilization of care during pregnancy in rural Guatemala: Does obstetrical need matter?* Documento de trabajo N.º 2002-01. Office of Population Research, Princeton University: Princeton, New Jersey.

Glei DA, N Goldman y G Rodríguez. 2003. Utilization of care during pregnancy in rural Guatemala: Does obstetrical need matter? *Social Science & Medicine* 57: 2447–2463.

Instituto Nacional de Estadística de Guatemala. 1999. *Salud Materno Infantil en los Departamentos del Altiplano.* Guatemala. (Diciembre)

Jessop SM et al (eds). 2000. *MotherCare Initiatives: Actions and Results from 31 Projects, 1993–2000*. John Snow, Inc.: Arlington, Virginia.

Johanson R, M Newburn y A Macfarlane. 2002. Has the medicalisation of childbirth gone too far? *British Medical Journal* 324: 892–895. (Abril 13)

Johnson R. 1997. *Accelerating the Reduction of Maternal Mortality in Developing Countries.* Strategy Paper #6. JHPIEGO: Baltimore, Maryland. (Abril)

Kwast BE. 1995. Building a community-based maternity program. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 48 (Supl.): S67–S82.

Maternal and Neonatal Health (MNH) Program. 2004. *Guidelines for Assessment of Skilled Providers after Training in Maternal and Newborn Healthcare.* JHPIEGO: Baltimore, Maryland.

Maternal and Neonatal Health (MNH) Program. 2003a. *Improving Safe Motherhood through Shared Responsibility and Collective Action: MNH Program Accomplishments and Results, 2002–2003.* JHPIEGO: Baltimore, Maryland.

Maternal and Neonatal Health (MNH) Program. 2003b. *Shaping Policy for Maternal and Newborn Health: A Compendium of Case Studies,* JHPIEGO: Baltimore, Maryland.

Maternal and Neonatal Health (MNH) Program. 2003c. *Using Performance and Quality Improvement to Strengthen Skilled Attendance.* JHPIEGO: Baltimore, Maryland.

Maternal and Neonatal Health (MNH) Program. 2002. *A Summary of Findings from Baseline Surveys in Three Maternal and Neonatal Health Program Countries.* JHPIEGO: Baltimore, Maryland.

McCormick ML et al. 2002 Preventing postpartum hemorrhage in low-resource settings. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 77: 267–275.

McGinn T. 1997. Monitoring and evaluation of PMM efforts: What have we learned. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 59 (Supl. 2): S245–S251.

MEASURE/*Evaluation* y GSD Consultores Asociados. 2001. *An Assessment of the Quality of Maternity Registers for Monitoring Maternal and Neonatal Health in Institutions in Guatemala.* (Octubre)

Miller S et al. 2003. Where is the "E" in MCH? The need for an evidence-based approach in safe motherhood. *Journal of Midwifery and Women's Health* 48(1): 10–18.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. 2003. *Lineamientos Estratégicos para Reducir la Mortalidad Materna,* Ministerio de Salud Pública, República de Guatemala. (Marzo)

O'Rourke K. 1995. The effect of hospital staff training on management of obstetrical patients referred by traditional birth attendants. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 48 (Supl.) S95–S102.

Pan American Health Organization (PAHO). 2003. *Monitoring the Reduction of Maternal Morbidity and Mortality.* 132ava Sesión del Comité Ejecutivo, Washington, DC, junio 23–27.

Pan American Health Organization (PAHO). 2002. *Regional Strategy for Maternal Mortality and Morbidity Reduction.* XXVI Conferencia Sanitaria Panamericana, 54ava Sesión del Comité Regional, Washington, DC.

Piotrow P et al. 1997. *Health Communication: Lessons from Family Planning and Reproductive Health.* Praeger Publishers: Westport, Connecticut.

Post M. 1997. *Preventing Maternal Mortality through Emergency Obstetric Care.* SARA Issues Paper. (Abril)

Program for Appropriate Technology in Health (PATH). 2001. Preventing postpartum hemorrhage: Managing the third stage of labor. *Outlook* 19(3): 1–8.

Ransom EI y N Yinger. 2002. *Making Motherhood Safer: Overcoming Obstacles on the Pathway to Care,* Population Reference Bureau: Washington, DC. (Febrero)

Robb-McCord J y W Voet. 2003. *Scaling up Practices, Tools, and Approaches in the Maternal and Neonatal Health Program.* JHPIEGO: Baltimore, Maryland.

Ronsmans C. 2001. How can we monitor progress towards improved maternal health? *Studies in Health Services Organisation and Policy*17: 313–338.

Ronsmans C et al. 2001. Questioning the indicators of need for obstetric care. *Bulletin of the World Health Organization* 80(4): 317–324.

Roth DM y MT Mbizvo. 2001. Promoting Safe Motherhood in the community: The case for strategies that include men. *African Journal of Reproductive Health* 5(2): 10–21.

Salmon JW et al. 2003. *The Impact of Accreditation on the Quality of Hospital Care: KaZulu-Natal Province, Republic of South Africa.* Quality Assurance Project: Bethesda, Maryland. (Octubre)

Schenck-Yglesias C y ME de Monroy. 2004. *Guide for the Construction of Met Need.* MNH Program/Guatemala, Monitoring & Evaluation CD-ROM.

Schieber B y C Stanton. 2000. *Estimates of Maternal Mortality in Guatemala 1996–1998*. MEASURE/ Evaluation, Guatemala. (Marzo)

Shiffman J y A Garcés de Letona. 2004. *An Institutional Analysis of Safe Motherhood in Guatemala.* Presentación en *Population Association of America Annual Meeting*, Boston, Massachussetts, abril 1–3.

Stanton C. 2004. *Effects of Social and Demographic Factors on Trends in Use of Maternal Health Care: A Comparison of Guatemala and Honduras*. Presentación en *Population Association of America Annual Meeting*, Boston, Massachusetts, abril 1–3.

Stanton CK. 2004. Methodological issues in the measurement of birth preparedness in support of safe motherhood. *Evaluation Review* 28(3): 179–200.

UNICEF. 1997. *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services.* UNICEF: New York. (Octubre)

World Health Organization (WHO). 2002. *Global Action for Skilled Attendants for Pregnant Women.* WHO/RHR/02.17. WHO: Ginebra.

World Health Organization (WHO). 2003. *Working with Individuals, Families and Communities to Improve Maternal and Newborn Health.* WHO/FCH/RHR/03.11. WHO: Ginebra.