

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL DESARROLLO INTERNACIONAL
MOTHERCARE

PROYECTO MOTHERCARE II GUATEMALA

INFORME DE 5 AÑOS 1994 - 1999



DESDE SU GESTACIÓN HASTA CINCO AÑOS DESPUÉS

Guatemala, agosto de 1999



Esta publicación se realizó con el apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), bajo el contrato HRN-5966-Q-3039-00 y John Snow Inc.

El contenido de este documento no necesariamente refleja los puntos de vista o políticas de USAID, o del Proyecto MotherCare/John Snow Inc.

Fotografía en portada: Dra. Yadira Villaseñor de Cross
Actividad: Clausura Grupos de Mujeres
Lugar: Nahualá, Sololá

1

SISTEMATIZACIÓN, TEXTO Y EDICIÓN

Dr. Sergio Molina

REVISIÓN EDITORIAL

T.U. Patricia De León Toledo

INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR

Dr. Gustavo Barrios, Dra. Yadira de Cross, E.P. Migadalia de Celada,
Sr. Demetrio Margos, Licda. Alicia Ruano

REVISIÓN, EDICIÓN Y CONTENIDO TÉCNICO

Dra. Elizabeth de Bocaletti

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	i
INTRODUCCIÓN	iii
I. ¿CÓMO SE GESTÓ EL PROYECTO?	1
A. ¿CÓMO SE ORIGINÓ LA IDEA DEL PROYECTO MOTHERCARE II	2
B. ¿QUÉ APORTÓ LA INVESTIGACIÓN DE BASE?	2
C. ¿POR QUÉ SE ELIGIÓ LA REGIÓN SUR-OCCIDENTAL?	6
D. ¿CÓMO SE INICIÓ EL PROYECTO?	7
E. ¿CÓMO SE IMPLEMENTÓ?	10
F. ¿CUÁLES SON LOS COMPONENTES DEL PROYECTO?	12
II. ¿QUÉ ACCIONES HEMOS PUESTO EN MARCHA?	15
A. COMPONENTE EDUCACIÓN EN SERVICIO	15
B. COMPONENTE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN	37
C. COMPONENTE MOVILIZACIÓN COMUNITARIA	44
D. COMPONENTE MONITOREO DE LA INTERVENCIÓN	61

III. ¿QUÉ HEMOS LOGRADO EN ESTOS CINCO AÑOS?	67
A. PLAN DE EVALUACIÓN	
B. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	70
C. LECCIONES APRENDIDAS	99
IV. ¿QUIÉNES LO HICIERON POSIBLE?	102
BIBLIOGRAFÍA	

PRESENTACION

En el mundo aproximadamente mueren 500,000 mujeres cada año por causas relacionadas con el embarazo. De estas muertes el 99 por ciento ocurren en países en desarrollo.

Para 1990 la población estimada de mujeres en edad reproductiva de 15 a 49 años de edad en la Región de las Américas, es de 186 millones; de estas mujeres en riesgo reproductivo, un poco más de 15 millones habrán dado a luz un hijo vivo. Durante este episodio reproductivo, se calcula que más de 28,000 mujeres perderán la vida por aborto, complicaciones del embarazo, parto y puerperio, toxemia, hemorragia e infección. Si todas estas mujeres tuvieran condiciones de vida y de atención a su salud reproductiva similares a las del país con la menor tasa de mortalidad materna de la región, se podrían evitar más de 27,400 de estas muertes (OPS-OMS 1990).

Las consecuencias son aún más graves, pues si muere la madre la probabilidad de que mueran los hijos menores de 5 años se eleva en un 50 % en países en desarrollo.

Toda mujer sin importar su edad, paridad, condición social, económica o educativa, puede presentar una complicación en cualquier período del embarazo, parto, post-parto o con su niño recién nacido. Pero la mayor o menor gravedad del problema dependen de la atención que recibã.

Desafortunadamente el prevenir o predecir estos embarazos que sufrirán complicaciones leves o severas no ha probado ser de utilidad en los países en desarrollo hasta ahora. Los factores demográficos, como edad, paridad o una combinación de ellos no son lo bastante específicos o sensibles.

La mortalidad Materna en Guatemala es la tercera más alta en Latino América, superada solo por Bolivia y Haití. Y casi el 70 % de las mujeres pueden ser consideradas de riesgo si la edad y la paridad son usadas como factores de riesgo, mientras que el sistema de salud sólo puede manejar el 20 %.

Con la firma de los Acuerdos de Paz, Guatemala se comprometió a la reducción de la mortalidad materna en un 50 % para el año 2,000. Por lo que la salud materna perinatal es un desafío para las autoridades de salud, donantes y ONGs, que laboran en las áreas rurales del país.

En Guatemala, el proyecto MotherCare ha venido documentando esta problemática y proponiendo estrategias de intervención durante aproximadamente 10 años. Los primeros 5 años con el estudio piloto a través del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) y los últimos 5 años, a los cuales se refiere el presente informe, como oficina propia de proyecto en colaboración directa con el Ministerio de Salud y en los cuales han sido definidas estrategias que complementan las acciones de Ministerio en la reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal. El liderazgo de MotherCare ha sido

único en su campo a nivel nacional, habiendo coordinado con diferentes actores, lo que permitió la expansión de las estrategias mas allá de sus áreas geográficas de intervención. El compromiso, liderazgo y motivación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social tanto nivel central, como Jefaturas de Area, distritos y hospitales han hecho posible el éxito de este proyecto.

Fueron parte importante de todo este proceso miembros de las comunidades, comadronas, grupos de mujeres, alcaldes municipales, comités de maternidades comunitarias, representantes de ONG's y muchos otros que hicieron suya la meta de mejorar la calidad de vida de mujeres embarazadas y sus familias. Todos nosotros hemos sido el proyecto MotherCare, y juntos hicimos estos 5 años inolvidables y contribuimos de alguna manera a que muchas mujeres sobrevivieran un embarazo complicado o que un recién nacido se recuperara. Hemos cumplido nuestra tarea y podremos sentirnos satisfechos.



Dra. Elizabeth de Bocaletti
Coordinadora del Proyecto MotherCare

INTRODUCCIÓN

El propósito del presente informe es documentar la experiencia de MotherCare en Guatemala, la cual ha generado procesos de trabajo, metodologías y materiales educativos que, en la Región Sur Occidental del país, han contribuido en el abordaje integral de la problemática de salud materna y perinatal.

MotherCare estuvo orientado a generar información basal sobre la mortalidad materna y perinatal; a fortalecer los conocimientos del personal institucional y comunitario sobre el manejo de complicaciones obstétricas y perinatales, a través de capacitaciones y desarrollo de materiales educativos de apoyo y protocolos para la atención de las principales emergencias obstétricas y perinatales; a la movilización de la comunidad en pro de la detección temprana de las complicaciones obstétricas y perinatales y a la referencia oportuna a los servicios de salud. Asimismo, se orientó al fortalecimiento del sistema de información, la promoción y comunicación social y al monitoreo hospitalario para el cuidado materno y perinatal.

La articulación del trabajo entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y personal de MotherCare en la planificación del proyecto, a través de la definición de la misión, metas, objetivos y de los siete pasos esenciales para la supervivencia materna y en la búsqueda de estrategias para disminuir la brecha entre los servicios de salud y la comunidad, se destacan en el informe como el elemento de sostenibilidad del trabajo realizado.

Las tres fases desarrolladas para la implementación y la extensión del proyecto a los departamentos de Sololá, San Marcos, Totonicapán, Quetzaltenango, Suchitepéquez y Retalhuleu, evidencia la importancia del proyecto en el corto plazo.

Los componentes del proyecto, principales estrategias de acción, tuvieron el propósito de generar cambios en la prestación de los servicios de salud y la interacción entre los servicios y la comunidad. Los componentes fueron: Educación en servicio; Información, educación y comunicación (IEC); Movilización de la comunidad; y Monitoreo de la intervención. Cada componente tuvo como soporte los resultados de investigaciones realizadas al inicio, durante el proceso y al final de los mismos, lo que permitió la definición de acciones, evaluar el grado de avance de las mismas y el impacto obtenido respectivamente.

El componente Educación en servicio, tuvo como grupo objetivo a médicos y personal de enfermería de hospitales, centros y puestos de salud. Estuvo orientado al fortalecimiento de los conocimientos técnicos y desarrollo de destrezas para el manejo de las complicaciones obstétricas y perinatales. Estas acciones dieron respuesta a las necesidades educativas individuales e institucionales, las cuales fueron detectadas previamente.

El componente de Información, educación y comunicación estableció como grupo objetivo las embarazadas y sus familias, las comadronas y el personal de los servicios de salud. Sus acciones se orientaron al diseño, producción y promoción del uso de materiales educativos que influenciaran positivamente comportamientos específicos, dirigidos a la reducción de las muertes maternas y perinatales.

El componente Movilización de la comunidad, orientado a promover la demanda oportuna de los servicios de salud, hizo énfasis en la identificación de grupos organizados principalmente de mujeres y a la organización de las maternidades comunitarias, a través de la formación de comités y el desarrollo de acciones educativas, entre otras.

El componente Monitoreo de la intervención orientado hacia la verificación del incremento de la referencia hospitalaria y a la calidad de atención proporcionada. Hizo énfasis en el sistema de monitoreo computarizado en cada hospital relacionado con el registro de información sobre muerte materna y perinatal; en el monitoreo de la calidad de atención proporcionada en los servicios de salud, en la satisfacción de las usuarias y en el monitoreo de la distribución de Ácido Fólico y Hierro.

En el capítulo de logros obtenidos, el lector podrá identificar fácilmente que se presentan logros cualitativos y cuantitativos de esta experiencia, ya que los cambios de comportamiento, de enfoque y de actitudes son insumos importantes para lograr el impacto deseado en la mortalidad materna y perinatal.

Finalmente, el Proyecto MotherCare deja patentizado su reconocimiento y agradecimiento a todas aquellas personas que contribuyeron al desarrollo de esta experiencia.

I. ¿CÓMO SE GESTÓ MOTHERCARE II?

MotherCare ha desarrollado 10 años de experiencia en Guatemala, contribuyendo con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPyAS- en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, a través del proyecto: MotherCare I y II.

MotherCare se focalizó en la Región Sur-Occidental del país, que comprende los departamentos de: Quetzaltenango, San Marcos, Totonicapán, Sololá, Suchitepéquez y Retalhuleu, siguiendo criterios relacionados con la incidencia de mortalidad materna y perinatal.

La Región seleccionada se caracteriza por tener población mayoritariamente indígena, concentrada en proporciones altas en zonas rurales, dispersa y con difícil acceso a los servicios de salud, así como por presentar las tasas más altas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal de todo el país.

Su financiamiento ha sido proporcionado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional - USAID - (Siglas según nombre en inglés) quien a través de la Institución Internacional John Snow INC. (JSI) logró su ejecución.

Para el proyecto MotherCare I, John Snow INC. subcontrató al Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá - INCAP-, para coordinar las acciones en el país.

MotherCare I tuvo una duración de 5 años (1989 - 1994) y se desarrolló como proyecto piloto, exclusivamente en Quetzaltenango. El énfasis estuvo orientado al desarrollo de una investigación de base en 4 municipios y a la capacitación sobre el manejo de complicaciones obstétricas y perinatales de personal médico y de enfermería del 100% de establecimientos que conforman la red de servicios de salud del MSPyAS. Así como del 100% de comadronas tradicionales detectadas en el departamento.

MotherCare I generó materiales para capacitación del personal y los protocolos referentes al manejo de las principales emergencias obstétricas y perinatales, para uso en hospitales, centros y puestos de salud.

A partir de la experiencia de MotherCare I, la Institución John Snow INC, decidió establecer oficina en el país y hacerse cargo de la ejecución directa del proyecto MotherCare II.

Este tuvo una duración de 5 años (septiembre de 1994 a septiembre de 1999). Su énfasis lo orientó a proporcionar asistencia técnica dirigida a generar: movilización de la comunidad; educación en servicio en los tres niveles de atención; información, educación y comunicación social y el monitoreo hospitalario para el cuidado materno y perinatal.

El proyecto se extendió a los departamentos que conforman la región Sur Occidental del país, involucrando al hospital en la resolución de las emergencias obstétricas y perinatales detectadas y referidas por los dos primeros niveles de atención y el comunitario, sin descuidar el fortalecimiento de este último.

A. ¿CÓMO SE ORIGINÓ LA IDEA DEL PROYECTO MOTHERCARE II?

Después de la experiencia generada con el proyecto MotherCare I en Quetzaltenango, que permitió conocer la problemática de la mortalidad materna y perinatal, los factores que la condicionan y las estrategias de abordaje, se tomó la decisión de planificar el proyecto MotherCare II.



En esta planificación participaron profesionales del MSPyAS y de MotherCare, quienes determinaron continuar las acciones y extender la cobertura a la Región Sur-Occidental; así

como fortalecer la participación de la comunidad en el autocuidado, desde la identificación y referencia de las complicaciones obstétricas y perinatales hasta el seguimiento de las resoluciones a nivel local.

B. ¿QUÉ APORTÓ LA INVESTIGACIÓN DE BASE?

La investigación desarrollada, por MotherCare I brindó información basal sobre: factores demográficos, antecedentes obstétricos y perinatales, así como el tratamiento del embarazo y el parto, imprescindibles para la planificación de las acciones.

La investigación fue diseñada como un estudio de casos y controles. Los casos se obtuvieron mediante muestra aleatoria de todas las defunciones perinatales inscritas en el Registro Civil entre agosto de 1988 y julio de 1989. Como defunción perinatal se definió "la producida entre la semana 22 de embarazo y el día 7 después del parto".

El testigo o control para cada caso fue la madre correspondiente al nacimiento registrado a continuación del caso, siempre que el recién nacido hubiera vivido al menos 28 días. Se seleccionaron 120 casos y 120 testigos. La tasa de respuesta fue de más de 99%.

Las madres fueron entrevistadas en sus hogares por médicos capacitados para el

efecto. Las entrevistas se llevaron a cabo en el idioma materno, según el caso (español o idioma maya).

Se analizaron dos variables, la primera para identificar los factores predictivos de mortalidad perinatal y el segundo, para comparar las características iniciales entre las mujeres que eligieron la atención tradicional y las que prefirieron la atención médica occidental.

Se estimaron los porcentajes de riesgo atribuible poblacional para los factores predictivos de la mortalidad, con el fin de identificar qué factores de riesgo originaban una proporción considerable de la mortalidad perinatal en la comunidad.

En la distribución de los casos se encontró que el 14% se trataba de muertes fetales ocurridas antes de iniciarse el trabajo de parto. El 42% de los casos, murieron en el nacimiento o en las primeras 24 horas de nacidos. Las defunciones durante la primera semana de vida tuvieron alta correlación con la persona que asistió el parto.

Las causas de defunción identificadas en la investigación fueron: sepsis (34%) asfixia (25%) parto prematuro (20%) y causas de otro tipo (4%).

Con respecto a los factores que inciden en la producción de las complicaciones maternas y en el abordaje para la resolución de las mismas, el estudio "Análisis del sistema de reporte de eventos vitales del proyecto de salud materna y neonatal,

Quetzaltenango, Guatemala", estuvo orientado a conocer en las comunidades de ejecución de MotherCare I el impacto en la incidencia de complicaciones obstétricas y perinatales y en el manejo de las mismas (uso de los servicios de salud, presencia de la partera en el momento de la complicación, la detección de complicaciones y referencia de la mujer a los servicios de salud).

El diseño original del estudio fue experimental, tanto en el área de intervención como en la de control. El área final de intervención abarcó 10 municipios del departamento de Quetzaltenango, mientras que la de control abarcó cinco municipios de Quetzaltenango y cuatro de San Marcos. Al inicio, se determinó como área de control el departamento de Totonicapán, sin embargo, por contaminación (epidemiológicamente hablando) con una ONG, se decidió que fuera San Marcos y una región de Quetzaltenango, alejada del área de intervención.

El grupo objetivo de la investigación fueron las mujeres cuyos embarazos y partos se produjeron en el período de 1990 a 1993. La información se recolectó a través de entrevistas a estas mujeres, en sus propios domicilios. La muestra del estudio estuvo conformada por cuatro estratos y 122 grupos de aproximadamente 199 domicilios cada uno, tanto para el área de estudio como para la de control.

En general, el análisis de los datos de las comunidades con presencia de comadronas

capacitadas sobre complicaciones obstétricas y perinatales demostró que el impacto alcanzado fue escaso o nulo en cuanto a la detección y referencia en el embarazo y parto; no así en el post-parto en donde se evidenció un incremento.

Con relación a la referencia es preciso resaltar que su cumplimiento por parte de las mujeres fue escaso debido a factores como la falta de confianza, transporte y recursos económicos. Asimismo, que la asistencia de las mujeres a los servicios de salud, acompañadas por la comadrona fue en menor cantidad que las que asisten solas.

A continuación, se presentan los hallazgos del estudio con más detalle. En cuanto a:

La Capacitación

La capacitación de capacitadores de comadronas estuvo orientada a mejorar sus conocimientos sobre la detección y manejo oportuno y adecuado de las complicaciones obstétricas y neonatales así como de las técnicas de capacitación.

La capacitación de comadronas se centraba en la detección, manejo y referencia oportuna de los casos obstétricos y neonatales complicados, y en la abolición de prácticas dañinas como el abuso de inyecciones de oxitocina y el uso de bebidas alcohólicas durante el parto.

El personal médico y paramédico de hospitales, de centros y puestos de salud fue capacitado en el uso de protocolos para el manejo de complicaciones maternas y neonatales.

Hallazgos Clínicos

Del total (3,518) mujeres estudiadas, 695 (20%) tenían una o más complicaciones obstétricas, las cuales fueron agrupadas en categorías según época de ocurrencia: embarazo, parto, post-parto y recién nacido.

Del total de mujeres complicadas, el 49% reportó una complicación, el 31% dos y el 20% más de tres. De éstas, el 9% estaban referidas al embarazo, el 8% al parto y 4% al post-parto.

De acuerdo con el reporte de las madres, uno de cada 10 recién nacidos tuvo alguna de las siguientes complicaciones: bajo peso al nacer, prematuridad, asfixia, sepsis neonatal, infección respiratoria, tétanos.

Entre las complicaciones maternas, el estudio reportó: posición anormal, contracciones prematuras, hemorragias, ausencia de movimientos fetales, edema e hipertensión durante el embarazo. En el parto, posición transversa, parto prematuro, prolapso de cordón y fiebre. En el post-parto, retención de placenta, hemorragia, fiebre, endometritis y convulsiones.

Situación comparativa antes y después de la intervención

ASPECTO EVALUADO	PORCENTAJE ALCANZADO (%)	
	Antes Intervención	Después Intervención
EMBARAZO		
Detecta complicaciones	81	68
Uso de servicios de salud sin la compañía de la comadrona	72	88
Referencia a los servicios de salud	50	50
Cumplimiento de referencia	86	62
PARTO		
Cumplimiento de la referencia antes del parto	71	84
Cumplimiento de la referencia en el momento del parto	84	42
POST-PARTO		
Detecta complicaciones	78	85
Referencia	32	46
Cumplimiento de la referencia	95	54
Uso de servicios de salud sin intervención de partera	58	96
RECIEN NACIDO		
Detecta complicaciones	80	65
Referencia	14	5

Como se mencionó anteriormente, la presencia de una partera no tiene relación con el incremento en el uso de los servicios. Esto sugiere, que las mujeres y sus familias pueden por sí mismas buscar atención institucional.

Complicaciones atendidas y no atendidas en los servicios de salud

ESTADO	COMPLICACIONES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE SALUD	COMPLICACIONES NO ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE SALUD
Embarazo	Contracciones prematuras	Presentación anormal
Parto	Posición transversa	Presentación podálica
Del recién nacido	Sepsis Infección respiratoria	Bajo peso al nacer Asfixia

Detección de complicaciones

ESTADO	DETECTADAS	NO DETECTADAS
Embarazo	Contracciones prematuras	
Parto	Presentación podálica	Parto prematuro Parto prolongado
Post-parto	Retención de placenta	Bajo peso al nacer
Recién nacido	Asfixia	

Referencia de complicaciones

ESTADO	REFERIDAS	NO REFERIDAS
Embarazo	Hemorragia Mala presentación Contracciones prematuras	
Parto	Parto prolongado	
Recién nacido		Asfixia

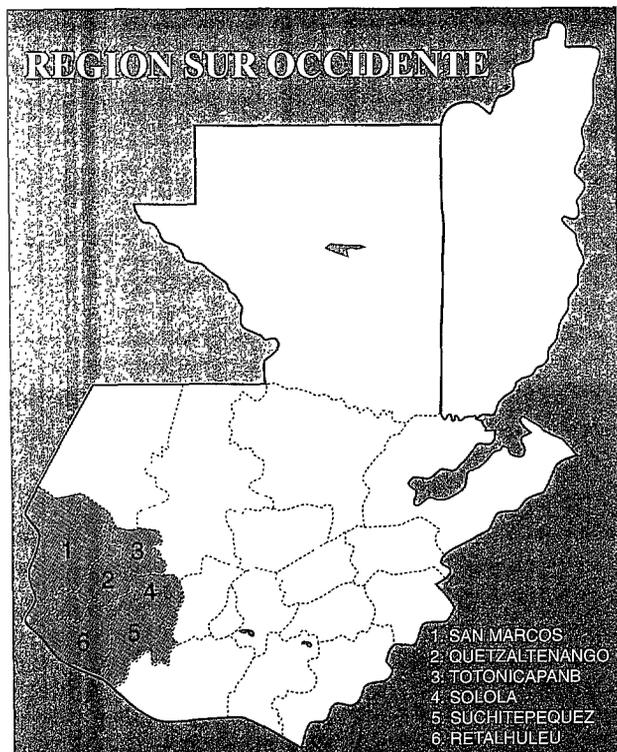
Estos resultados se constituyeron en la apertura para la revisión del enfoque de capacitación, la identificación de áreas de conocimientos necesarios de reforzar y de nuevas áreas de investigación.

Estos resultados se presentaron en diciembre de 1994 a las autoridades del MSPyAS de los niveles central y local. Los mismos fueron orientadores para poner en marcha MotherCare II.

C. ¿POR QUÉ SE ELIGIÓ LA REGIÓN SUR-OCCIDENTAL?

La decisión de desarrollar la experiencia en la Región Sur Occidental del país se debió a que ésta posee características y factores de riesgo, que la hacen vulnerable a tener altas tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

La Región está integrada por los departamentos de San Marcos, Quetzaltenango, Totonicapán, Sololá, Retalhuleu y Suchitepéquez y alberga la cuarta parte de la población de todo el país. En los primeros 4 departamentos mencionados más del 50% de la población es indígena y se habla más de cuatro idiomas mayas. Un grupo importante de esa población es monolingüe maya (mayoritariamente K'iche').



Las concentraciones poblacionales de la región son de alta ruralidad y alta dispersión y con poco o ningún acceso a los servicios esenciales, entre ellos los de salud y de educación. Esto hace que sus indicadores de morbilidad y mortalidad sean altos, incidiendo gravemente en el binomio madre - niño. Los indicadores de analfabetismo y de baja escolaridad son elevados en las mujeres y niñas.

Indicadores Demográficos Región Sur Occidental

Departamento	Población					
	Total*	Mujer %	Indig %	No + Indig	Urb%	Rural %
País	10.243	49.5	41.7	55.7	35.0	65.0
Sololá	.274	49.0	93.6	4.8	33.3	66.7
Totonicapán	.330	50.2	94.5	3.0	10.7	89.3
Quetzaltenango	.615	49.5	59.6	38.5	39.8	60.2
Suchitepéquez	.372	49.0	57.4	41.4	30.2	69.8
Retalhuleu	.226	48.7	33.3	64.5	27.7	72.3
San Marcos	.773	48.5	42.5	55.1	13.0	87.0

* En millones de habitantes. +El censo reporta grupo ignorado
Fuente: INE 1996./PNUD Contrastes del Desarrollo 1998.

Índice de Exclusión del Desarrollo Social Región Sur Occidental* 1994 -1995

Departamento	Población que no vivirá los 40 años	Adultos analfabetos	Hogares sin acceso a agua	Población sin acceso a S. Salud	Niños < 5 moderado e insuficiente peso
País	4.1	35.8	12.0	28.1	32.5
Sololá	6.2	55.7	8.0	39.2	40.3
Totonicapán	7.2	50.2	7.0	51.6	40.3
Quetzaltenango	5.0	32.0	10.0	17.9	40.3
Suchitepéquez	4.5	40.2	8.0	21.9	40.3
Retalhuleu	4.2	33.3	7.0	35.5	40.3
San Marcos	3.9	40.4	16.0	37.6	43.8

*Todos los datos están representados en porcentajes
Fuente: PNUD Los Contrastes del Desarrollo Humano 1998.

D. ¿CÓMO SE INICIÓ EL PROYECTO?

El equipo de trabajo, conformado inicialmente por profesionales del MSPyAS, específicamente el Director General de Servicios de Salud, técnicos del Departamento Materno Infantil y técnicos de MotherCare iniciaron su trabajo, definiendo la misión, meta y objetivos del proyecto:

MISIÓN

Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal de la Región Sur-occidental de Guatemala.

META

Aumentar la utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres que presentan complicaciones obstétricas o perinatales.

OBJETIVOS

1. Mejorar la calidad de atención materna y perinatal en los servicios de salud de las áreas de influencia del proyecto.

2. Fortalecer el proceso de la recolección, análisis y utilización de la información registrada por el personal de los hospitales objeto de intervención.

3. Aumentar la demanda de los servicios hospitalarios en casos de partos complicados o de complicaciones obstétricas y neonatales durante los períodos prenatal y post-parto.

4. Aumentar la participación comunitaria en el manejo de los problemas relacionados con salud reproductiva y perinatal, por medio de esfuerzos de movilización comunitaria.

Posteriormente a la definición de los objetivos, el equipo de trabajo también analizó el aislamiento existente entre la personal de los hospitales objeto de intervención.

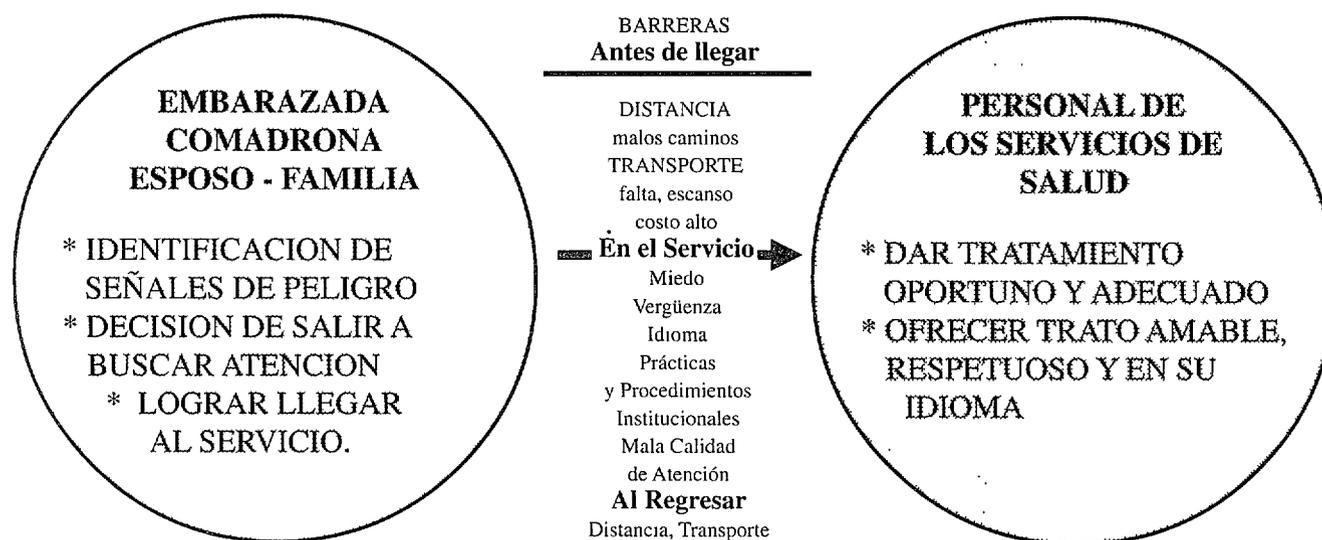
Posteriormente a la definición de los objetivos, el equipo de trabajo también analizó el aislamiento existente entre la comunidad y los servicios, ocasionado por la influencia de diversas barreras de índole socio cultural, geográfica y de atención.

Asimismo, identificó aspectos que deben reforzarse para disminuir la brecha entre los servicios y la comunidad. Estos aspectos se esquematizan de la siguiente forma:

ESQUEMA 1:

COMUNIDAD

SERVICIOS DE SALUD



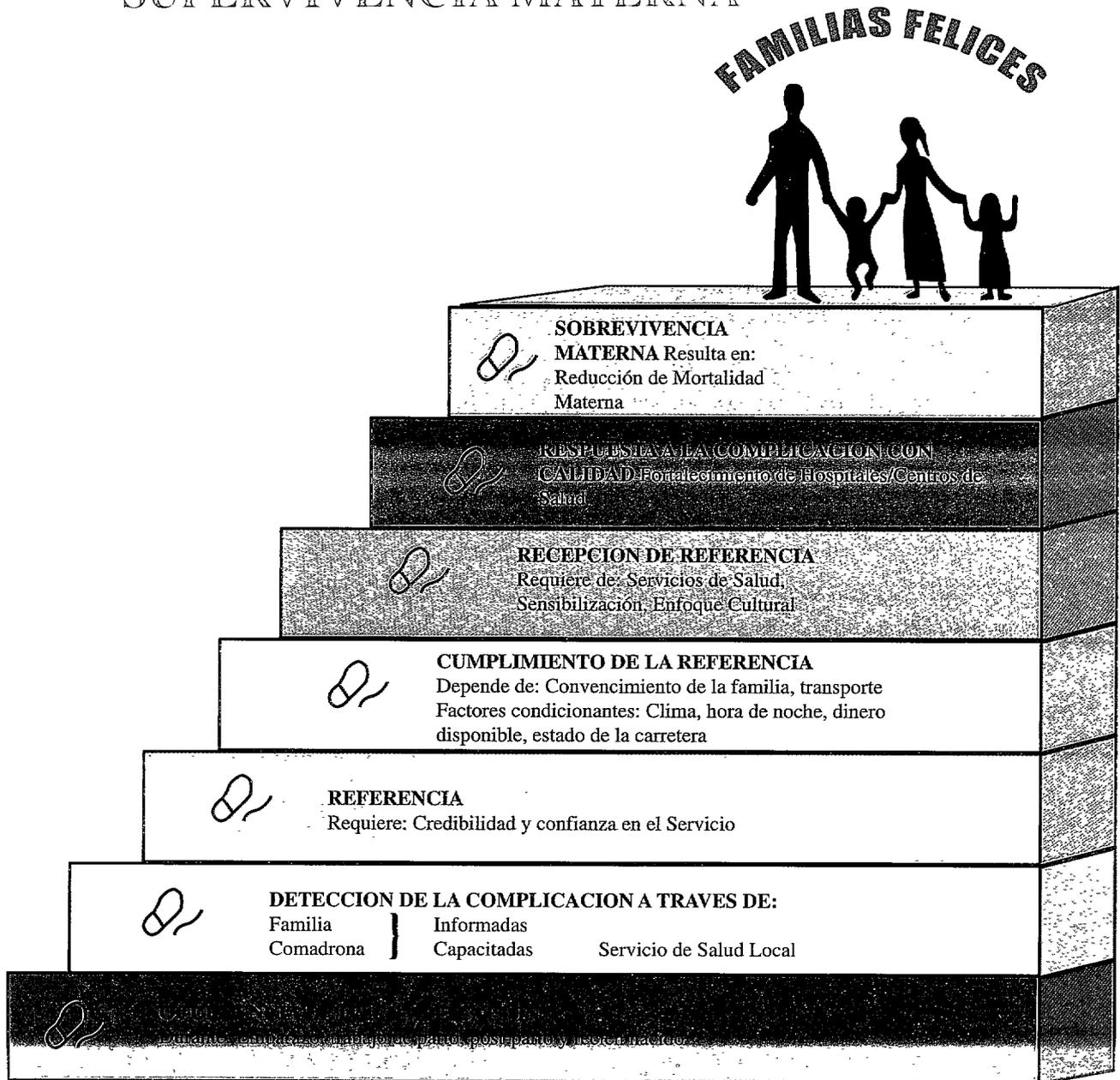
Fuente: Hurtado Elena, et al, Investigación Cualitativa sobre la atención de la salud materna y perinatal, Guatemala, noviembre 1995, pp 54.

El análisis efectuado para disminuir la brecha entre los servicios de salud y la comunidad dio como producto la definición de 7 pasos cruciales para la supervivencia materna, referidos desde, la ocurrencia de la complicación hasta la respuesta de la complicación proporcionada con calidad. En

los mismos, se involucra el rol de la familia y del personal institucional, así como las acciones a desarrollar para el fortalecimiento de dicho rol en función del impacto en el mejoramiento de indicadores de salud materna. Esto se representa en el esquema siguiente.

ESQUEMA 2:

SIETE PASOS DE LA SUPERVIVENCIA MATERNA



Con el propósito de involucrar a los niveles operativos en la planificación de actividades, se desarrollaron dos talleres. La convocatoria y dirección de estas actividades estuvo a cargo del personal del departamento Materno Infantil.

En el primer taller participaron jefe y enfermera de área de salud, director de hospital, jefe del Departamento de Enfermería del hospital y un representante de los distritos de salud de los departamentos de Sololá, Totonicapán, San Marcos y Quetzaltenango.

Los participantes revisaron e hicieron ajustes a la misión, meta y objetivos del proyecto. Asimismo, definieron las actividades, fechas y responsables para su implementación. Cada uno de ellos se comprometió a hacer las consultas respectivas con su personal y a realizar los cambios necesarios para concretar la programación de actividades.

El segundo taller contó con la participación de representantes de la Jefatura de Área de Salud y de Hospital de cada uno de los departamentos. Durante el mismo, se revisaron los cambios incorporados por el personal de las áreas de salud.

Posterior a la planificación, la primera actividad realizada por las jefaturas de área fue el "Diagnóstico Comunitario". Este evidenció que las causas de los problemas de alta morbilidad y mortalidad materna, tanto en la comunidad como en

los servicios, era producto de condiciones desfavorables, la mayoría de ellas, solucionables con educación e información sencilla y oportuna, dirigidas a contribuir con el rompimiento de barreras que obstaculizan la reducción de las causas biológicas.

La siguiente actividad desarrollada, fue la revisión de los protocolos de manejo de las principales emergencias obstétricas y perinatales para hospitales departamentales, centros y puestos de salud, para lo cual jefes de área y directores de hospitales de cada departamento conformaron los respectivos equipos de trabajo.

E. ¿CÓMO SE IMPLEMENTÓ?

Se determinó extender el proyecto progresivamente en los departamentos de la región, dando prioridad a los municipios más afectados. La implementación se hizo en tres fases:

Primera Fase: Se incorporó un porcentaje del área geográfica de los siguientes departamentos:

Sololá: El trabajo se inició en los municipios de Santiago la Laguna, Santa Clara la Laguna, Santa María Visitación, San Pedro Atitlán, San Marcos la Laguna y Sololá, que representan el 50% del total de municipios del departamento.

San Marcos: Se incorporaron los municipios de San Marcos, San Pedro Sacatepéquez, Comitancillo, Tacaná, Tajumulco y Concepción Tutuapa, que representan el 25% del total de municipios del departamento.

Totonicapán: se incorporó el 100% de los municipios del departamento.

Quetzaltenango: Se decidió mantener las acciones ya iniciadas en el 100% de los municipios del departamento.

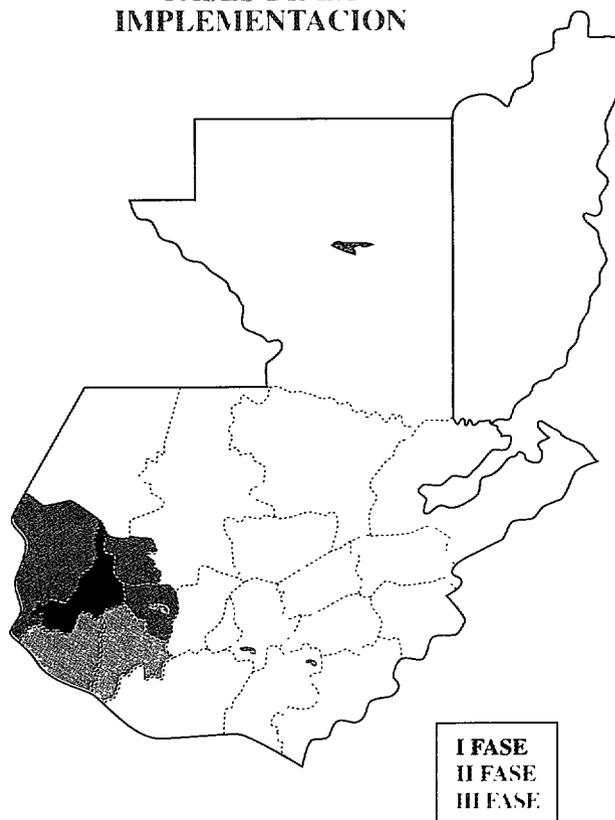
Segunda Fase: En ésta, se completó la implementación del proyecto en los departamentos de Sololá, y San Marcos.

Sololá: se incorporaron los municipios restantes, con los que se completó el 100% de cobertura en el departamento.

San Marcos: Se incorporaron los municipios de Tejutla, Malacatán, Tecún Umán, La Reforma San Marcos, San Pablo, El Tumbador, El Quetzal, Nuevo Progreso y San Lorenzo. Asimismo, a solicitud de la Jefatura del Área de Salud y del Departamento Materno infantil se incorporaron los municipios de Sibinal, Sipacapa, San Miguel Ixtahuacán, San José Ojetenam y el Rodeo, completándose el 100% del departamento. Para la extensión no hubo incremento en el presupuesto.

Tercera Fase: Se incorporaron al proyecto los departamentos de Suchitepéquez y Retalhuleu, mediante solicitud hecha por las jefaturas de área de salud respectivas y del Departamento Materno infantil a la USAID

FASES DE LA IMPLEMENTACION



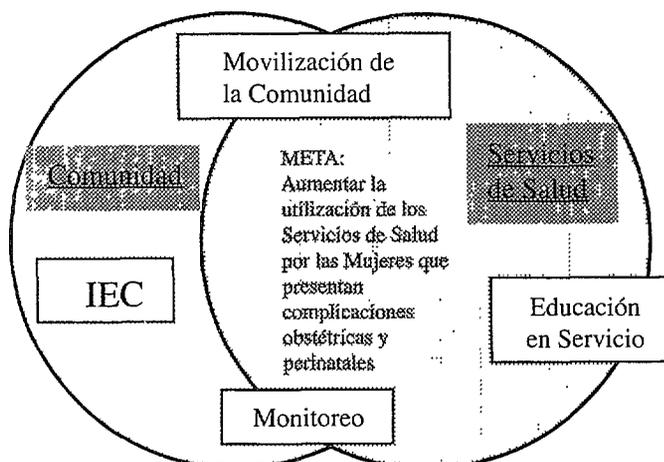
F. ¿CUÁLES SON LOS COMPONENTES DEL PROYECTO?

En búsqueda de generar un proceso de cambio en la prestación de los servicios de salud, de lograr la interacción entre los servicios y la comunidad y asegurar el éxito del proyecto, se definieron cuatro estrategias que se constituyeron en los componentes del proyecto:

- 1) Educación en servicio.
- 2) Información, educación y comunicación - IEC.
- 3) Movilización de la comunidad.
- 4) Monitoreo del proceso de intervención.
- 5) Evaluación

El trabajo realizado se esquematiza de la siguiente manera:

ESQUEMA: 3



Fuente: Proyecto MotherCare II.

Estos componentes están dirigidos al fortalecimiento de los servicios de salud y a promover la superación de las barreras que se presentan en la búsqueda de atención cuando ocurre una complicación.

1) Educación en servicio:

Componente orientado al desarrollo de procesos de capacitación de personal médico y de enfermería que laboran en el hospital, centro o puesto de salud de las áreas objeto de intervención. Asimismo, apoya los procesos de formación de facilitadores para la capacitación de comadronas.

Sus principales actividades estuvieron orientadas a:

Diagnóstico de las necesidades de capacitación de médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería de hospital, centros y puestos de salud.

Desarrollo de un curriculum para capacitación tutorial de enfermeras y auxiliares de enfermería, hospitalarias sobre complicaciones obstétricas y perinatales. Así como la elaboración de guías de trabajo para la capacitación tutorial de médicos hospitalarios.

Capacitación para médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería de hospitales, centros y puestos de salud, sobre temas relacionados con el manejo de complicaciones obstétricas y perinatales, comunicación interpersonal, control de

anemia en el embarazo, consejería y espaciamiento de embarazos.

Reuniones de trabajo con personal del hospital y comadronas para revisar y compartir experiencias sobre avances y barreras socioculturales que se han presentado.

Capacitación a personal de centros y puestos de salud como facilitadores de la capacitación de comadronas.

2) Información, educación y comunicación - IEC:

Componente orientado al diseño, producción y promoción del uso de materiales que influyeran positivamente comportamientos específicos, dirigidos a la reducción de las muertes maternas y perinatales. Considera diferentes grupos objetivo entre los que se encuentran las mujeres embarazadas, sus familias, comadronas y personal de los servicios de salud.

Sus principales actividades estuvieron orientadas a:

Diagnóstico de la percepción de las condiciones maternas y perinatales y búsqueda de atención. Investigación cualitativa realizada para orientar las intervenciones del componente.

Diseño, producción y promoción del uso de los materiales de información, educación y comunicación, con base a los resultados de investigación comunitaria.

Promoción de la educación y consejería de la paciente que asiste a control prenatal.

Participación en el desarrollo de la capacitación de comadronas, sobre la detección y referencia de complicaciones.

Evaluación de la capacitación a comadronas, sobre el manejo de las complicaciones obstétricas y perinatales.

3) Movilización de la comunidad:

Componente orientado a influenciar cambios de comportamiento en la comunidad, que promuevan la búsqueda de los servicios de salud para la atención de las complicaciones obstétricas y perinatales. Su énfasis está centrado en la identificación de grupos organizados, principalmente de mujeres y a la organización de las maternidades comunitarias.

Este componente involucra actividades correspondientes al componente IEC, con el que coordina estrechamente.

Las principales actividades estuvieron orientadas a:

Promoción de la formación de comités para el establecimiento de maternidades comunitarias.

Estudio estadístico sobre muerte perinatal comunitaria, a través de los promotores comunitarios y con la colaboración de los comités de maternidades comunitarias.

Desarrollo de actividades de educación e información para grupos de mujeres temas relacionados con la identificación y manejo de los problemas relacionados con la salud materna y perinatal, así como de los problemas de acceso a los servicios de salud, distribución de hierro, ácido fólico y métodos de planificación familiar.

Diseño y ejecución de un esquema de distribución de ácido fólico y hierro.

Realización de un estudio de galleta nutricional para mujeres en edad fértil, en colaboración con el INCAP.

4) Monitoreo del proceso de intervención.

Componente orientado a la observación y monitoreo del aumento de la referencia de las complicaciones obstétricas y perinatales a nivel hospitalario, así como del proceso de calidad de atención hospitalaria.

Sus actividades principales han estado orientadas a:

Capacitación y educación en servicio para personal hospitalario, sobre recolección, análisis y uso de la información obtenida por medio del monitoreo hospitalario.

Implementación del sistema de monitoreo computarizado en cada hospital. Con el fin de mejorar el registro hospitalario sobre muerte materna y perinatal.

Monitoreo de la calidad de atención proporcionada en los servicios de salud, el grado de satisfacción de las usuarias que demandan el servicio y el desarrollo de las actividades de información, educación y comunicación (incluidas las de consejería, especialmente las relacionadas con la anemia y la suplementación con ácido fólico y hierro).

Monitoreo de la distribución de ácido fólico y hierro. En los centros de salud de los municipios de énfasis: Nahualá (Sololá), San Carlos Sija (Quetzaltenango), Momostenango (Totonicapán) y Comitancillo (San Marcos).

5) Evaluación

Se evaluó el impacto de las intervenciones, en calidad de servicio, acceso y utilización de los mismos.

II. ¿QUÉ ACCIONES HEMOS PUESTO EN MARCHA?

Se han desarrollado paralelamente múltiples acciones en cada uno de los componentes del proyecto, de tal manera que se interrelacionan y apoyan entre sí.

Para una mejor comprensión del desarrollo de las acciones, se describe cada uno de ellos en el componente al que pertenecen.

A. COMPONENTE EDUCACIÓN EN SERVICIO

Este componente tiene su enfoque centrado en el marco de la educación permanente. Está dirigido al desarrollo de los recursos humanos de los servicios de salud, de los tres niveles de atención y al de las comadronas.

Los contenidos educativos están orientados a fortalecer los conocimientos en el manejo de las complicaciones obstétricas y perinatales y en el desarrollo de habilidades obstétrico-perinatales, acordes a su nivel de competencia.

¿EDUCACIÓN EN SERVICIO EN DÓNDE Y CÓMO?

La educación en servicio se desarrolló en tres ámbitos de acción:

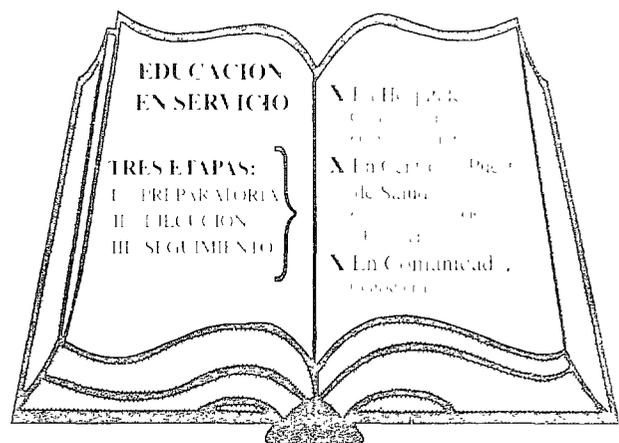
- ⇒ Hospitalés.
- ⇒ Centros de Salud y Puestos de Salud
- ⇒ Capacitación en Comunidad.

Cada ámbito de acción se dividió en tres etapas:

Etapa Preparatoria: Incluye el diagnóstico de necesidades de capacitación, discusión de los resultados con el personal institucional a ser capacitado, formulación del programa de capacitación o curriculum según corresponda y la revisión y/o elaboración de los materiales educativos requeridos, entre ellos los protocolos de atención para el manejo de las principales emergencias obstétricas y perinatales.

Etapa de ejecución: Contempla la puesta en marcha de las actividades de capacitación.

Etapa de seguimiento: Dirigida a la supervisión y monitoreo de acciones y evaluación de procesos.



A continuación, se describe detalladamente las acciones llevadas a cabo en cada nivel de atención:

☛ Capacitación a personal en Hospitales

El esfuerzo estuvo centrado en el fortalecimiento de conocimientos sobre comunicación interpersonal, orientación sobre el uso de protocolos hospitalarios y la capacitación tutorial sobre el manejo de complicaciones obstétricas y perinatales.

Las capacitaciones estuvieron dirigidas al personal médico y de enfermería, con énfasis en los que laboran en el departamento de Gineco-obstetricia, de los hospitales de Sololá, Totonicapán, Quetzaltenango y San Marcos. Similares acciones se desarrollaron en los hospitales de Suchitepéquez y Retalhuleu cuando estos se incorporaron al proyecto. El personal sujeto de la capacitación fue propuesto por la dirección del hospital.

Etapa Preparatoria:

Diagnóstico de necesidades educativas:

El proyecto preparó dos instrumentos para la detección de necesidades educativas acerca de complicaciones obstétricas y perinatales. Uno para el personal médico y otro para el personal de enfermería.

Ambos instrumentos incorporan preguntas sobre: Diagnóstico, manejo, atención y tratamiento de complicaciones obstétricas y perinatales. Registro y análisis de la información, consejería y habilidades de comunicación con las usuarias del servicio.

Las respuestas fueron tabuladas y analizadas por categoría de personal y se definió la temática que se consideraba necesaria para el fortalecimiento de los conocimientos y habilidades en ambos grupos. Posteriormente, se realizó la discusión de los resultados con los participantes.

Formulación del curriculum y guías de trabajo: Con los resultados del diagnóstico de necesidades educativas se preparó el curriculum para el personal de enfermería y las guías de trabajo para el personal médico. Ambos materiales se prepararon con base a competencias clínicas (15 para personal de enfermería y 29 para médicos), para el manejo de las complicaciones obstétricas y perinatales.



Se definió como competencia la capacidad para aplicar adecuadamente los conocimientos y habilidades adquiridas para el logro de determinados resultados dentro de un contexto concreto.

Dichos materiales también proveen los instrumentos de pre-test y post-test y las

listas de chequeo requeridos por la metodología de capacitación tutorial desarrollada.

El curriculum de enfermería consta de 15 módulos integrados y cada uno desarrolla una competencia clínica.

Los módulos integrados son los siguientes:

Módulo 1: Relaciones humanas con pacientes.

Módulo 2: Hemorragias en el embarazo. Ruptura prematura de membranas.

Módulo 3: Atención a la paciente con pre-eclampsia/eclampsia por personal de enfermería. Prevención y atención de convulsiones.

Módulo 4: Evaluación de la madre durante del trabajo de parto: maniobras de Leopold, detección de presentación fetal, detección de gemelos y pelvimetría clínica.

Módulo 5: Uso e interpretación de partogramas. Identificación de trabajo de parto anormal, medición de dilatación uterina y descenso fetal. Línea de alerta, línea de acción.

Módulo 6: Monitoreo de inducción/conducción, detección de hipotonía uterina, hipertonía uterina y sufrimiento fetal.

Módulo 7: Atención de parto normal, atención inmediata del recién nacido normal, medición del Apgar y aspiración de flemas.

Módulo 8: Manejo del alumbramiento normal, monitoreo del post-parto normal.

Módulo 9: Identificación y reanimación inmediata del recién nacido asfijado, respiración artificial, masaje cardíaco y termorregulación.

Módulo 10: Hemorragia post-parto.

Módulo 11: Atención del parto podálico de urgencia.

Módulo 12: Episiotomía y episiorrafia, revisión del perineo, de la vagina y del cuello uterino; rasgaduras y sutura de las mismas. Cuidados de las suturas en el post-parto.

Módulo 13: Sepsis del recién nacido.

Módulo 14: Cuidados del(a) niño(a) prematuro(a) y de bajo peso al nacer.

Módulo 15: Utilidad de las estadísticas.

Etapas de ejecución

La capacitación en hospitales se desarrolló tomando como base dos conceptos: el de Comunicación interpersonal -CIP-,

motivación y uso de protocolos de atención y el de capacitación tutorial sobre complicaciones obstétricas y perinatales.

⇒ Capacitación sobre CIP, motivación y uso de protocolos de atención:

A esta capacitación asistieron médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y personal de planta (participó parcialmente). Se contó, además, con la participación de personal de ONG's locales.

Tuvo una duración promedio de 40 horas, distribuidas en diferentes fechas (5 horas por día).

Sus objetivos estuvieron orientados a:

- ✓ Motivar al personal hospitalario.
- ✓ Reforzar los conocimientos teóricos y prácticos sobre complicaciones obstétricas y perinatales.
- ✓ Implementar en los hospitales el uso de los protocolos para el manejo de las principales emergencias obstétricas y perinatales.
- ✓ Monitorear, supervisar y evaluar el desempeño individual de los participantes.
- ✓ Fortalecer el sistema de referencia y respuesta en los diferentes niveles de atención (comunitario, puestos y centros de salud y hospitales).

- ✓ Implementar el uso del libro de monitoreo materno perinatal y el monitoreo de las acciones dirigidas a este grupo poblacional.

...De mucha utilidad para su desempeño e indicaron que era necesario darles seguimiento a nivel local (información proveniente de las entrevistas realizadas en junio de 1999).

⇒ Capacitación Tutorial:

Generalidades y Metodología

El desarrollo de este proceso dirigido a médicos y personal de enfermería requirió de tres aspectos básicos:

- ✓ Negociación de la propuesta de capacitación tutorial con las autoridades de los cinco hospitales (con excepción de Quetzaltenango).
- ✓ Selección de los tutores por parte del personal de enfermería de cada hospital, de acuerdo a criterios como:
 - Poseer especialización y/o experiencia en Obstetricia y Perinatología.
 - Estar contratado medio tiempo (4 horas) por el hospital.
 - Tener gusto por la enseñanza.
 - Manejar la metodología de educación de adultos.
- ✓ Reuniones con los tutores para discutir sobre la metodología de capacitación.

Los participantes fueron seleccionados por el director del hospital, en el caso de los médicos y por la jefatura del departamento de enfermería, en el caso del personal de enfermería.

La capacitación tuvo una duración de 20 días hábiles, a razón de 6 horas por día (120 horas en total). Para la mayoría del personal médico, ésta se desarrolló en el Hospital Regional de Quetzaltenango y la del personal de enfermería, en sus lugares de trabajo.

La metodología desarrolló los siguientes pasos:

- ✓ Evaluación de la parte práctica, a través de la lista de chequeo de cada módulo.
 - ✓ Resolución de post-test al finalizar la capacitación y evaluación de la actividad tutorial por los participantes. A cada participante se le hizo entrega del protocolo de manejo de las principales emergencias obstétricas y perinatales para hospitales. Así mismo, se dejaron varias copias para su uso, en los servicios de maternidad.
- ...Según opinión de los participantes, la metodología de capacitación tutorial, fue muy positiva ya que se realizó en el mismo contexto de trabajo. Provocó una actitud más positiva y activa hacia el aprendizaje, fortaleció el trabajo en equipo y permitió valorar la experiencia de cada uno de los participantes (información proveniente de las entrevistas realizadas en junio de 1999).*
- Grupos objetivo del tutorial:*
- Capacitación a Médicos
- Se inició en 1996, con médicos del Hospital de Sololá. En dicha oportunidad, dos médicos seleccionados rotaron, durante un mes, por la Maternidad del Hospital Roosevelt ubicado en la Ciudad de Guatemala. Los participantes estuvieron bajo la dirección de un tutor quien se responsabilizó de supervisarlos y apoyarlos técnicamente.
- Posteriormente, se analizó con los directores de los hospitales de Sololá, Totonicapán y San Marcos la importancia
- ✓ Llenado del pre-test por cada participante, para medir su nivel de conocimientos del tema.
 - ✓ Análisis y discusión de las competencias clínicas que integran el curriculum o guías de trabajo para identificar las áreas de mayor interés de los participantes.
 - ✓ Discusión de los participantes con el tutor durante una hora diaria, sobre los aspectos teóricos del módulo correspondiente y de las competencias clínicas.
 - ✓ Atención de pacientes en los servicios de maternidad (labor y partos y post-parto) y resolución de casos complicados con el tutor.
 - ✓ Discusión de los contenidos de los módulos de capacitación.

de ampliar la capacitación tutorial a otros médicos, en un hospital más accesible. Se consideró el hospital Regional de Quetzaltenango como el más idóneo por tener el Programa de Residencia en Obstetricia por ser el más accesible a los tres departamentos y por contar con personal médico experimentado para desempeñar el rol de tutores.

Los objetivos establecidos para la capacitación estuvieron orientados a:

- ✓ Fortalecer en el personal médico de los hospitales, las habilidades y destrezas en el manejo de las complicaciones obstétricas y perinatales, de acuerdo a protocolos nacionales.
- ✓ Fortalecer el trabajo en equipo, a través del análisis periódico de la información de los servicios de maternidad.
- ✓ Lograr la sostenibilidad del proceso de capacitación tutorial, a través del apoyo técnico y administrativo a los hospitales donde se ha implementado el proceso educativo.

Durante la capacitación, los participantes realizaron cada semana un turno de 24 horas, con el apoyo de los residentes de la maternidad.

La capacitación tutorial recibida ha contribuido a mejorar el manejo clínico de los pacientes con complicaciones obstétricas y perinatales, así como a

mejorar las relaciones interpersonales entre médicos y enfermeras, fortaleciendo el trabajo en equipo.

Capacitación a Personal de Enfermería

El personal de enfermería seleccionó al médico responsable de desempeñar el rol de tutor en la capacitación. Dicha capacitación se inició en junio de 1997, en los hospitales departamentales de Sololá, Totonicapán y San Marcos.

Posteriormente, a partir de 1998 se desarrolló esta actividad en los hospitales de Suchitepéquez y Retalhuleu.

Los objetivos estuvieron orientados a:

- ✓ Fortalecer las habilidades y destrezas en el manejo de procedimientos obstétricos y perinatales, de acuerdo al rol de su competencia.
- ✓ Fortalecer la toma de decisiones correctas y oportunas en el manejo de complicaciones obstétricas y perinatales, en ausencia del médico.
- ✓ Fortalecer el trabajo en equipo, a través del análisis periódico de la información proveniente de los servicios de maternidad.
- ✓ Lograr la sostenibilidad del proceso de capacitación, asegurando que el personal capacitado lo continúe y que el seguimiento respectivo se realice con recursos propios.

- ✓ Lograr la aplicación de las diez reglas de oro en la atención de las pacientes, en los servicios de maternidad.
- ✓ Proporcionar al médico apoyo técnico de calidad, durante el manejo de las principales emergencias obstétricas y perinatales que se presenten a nivel hospitalario.

La capacitación tutorial se desarrolló en los hospitales donde laboran. Se dio prioridad al personal de enfermería que se encontraba de rotación en los servicios de maternidad. Posteriormente, fue capacitado el personal de enfermería de los otros servicios.

La capacitación tutorial tiene implicaciones técnicas, administrativas, sociales e individuales, porque parte de experiencias de aprendizaje que se construyen alrededor del manejo de casos obstétricos y perinatales complicados. El tutor desarrolló su labor educativa con dos o tres participantes en cada período de capacitación.

Asimismo, consideran que el desarrollo de esta actividad les permitió la actualización y el fortalecimiento de sus habilidades y destrezas técnicas.

...Nos ha dado más seguridad en la toma de decisiones para manejar los casos complicados obstétricos y perinatales (información proveniente de las entrevistas realizadas en junio de 1999).

Etapas de Seguimiento

Se han realizado varias actividades para darle seguimiento al proceso de capacitación, entre éstas se encuentran:

- ✓ Reuniones mensuales de trabajo, con personal médico y de enfermería, en cada uno de los hospitales participantes

Con el objetivo de fortalecer los conocimientos sobre las complicaciones obstétricas y perinatales y para analizar los casos de muerte materna presentados en los servicios.

Durante su estancia en el hospital, el especialista a cargo de esta actividad, refuerza los conocimientos en temas específicos, contribuye al análisis de los casos presentados y proporciona asistencia técnica durante la visita médica a las áreas de encamamiento.

Hasta la fecha, se han realizado 30 visitas de seguimiento, 6 para cada uno de los hospitales de Tonicapán, Sololá, San Marcos, Suchitepéquez y Retalhuleu. El tiempo promedio por visita fue de 6 horas.

Dichas reuniones han permitido que médicos no capacitados se involucren activamente en el manejo de casos complicados en los servicios de maternidad; así como generar en estos profesionales actitudes positivas hacia el hospital, las pacientes y las comadronas.

✓ Visitas de seguimiento a las salas de maternidad realizadas por técnicos de MotherCare para conocer las dificultades y grado de avance en: el registro de información en el libro de monitoreo; el uso del partograma, la documentación y la vigilancia de los hechos vitales en las salas de maternidad.

✓ Evaluaciones externas conducidas técnicamente por dos consultores propuestos por MotherCare Washington. La primera se desarrolló del 18 al 29 de mayo de 1998 y la segunda del 14 al 25 de junio de 1999, con el propósito de evaluar los resultados del programa de capacitación tutorial promovido por el Proyecto MotherCare. Ambas se realizaron a través de una visita a los cinco hospitales sujetos de la acción y al Hospital Regional de Quetzaltenango (sede de la capacitación tutorial). La segunda evaluación incluyó el Hospital de Quiché, como grupo comparativo.

En los hospitales de San Marcos, Totonicapán y Sololá participaron los tres grupos de personal de salud mencionados, mientras que en los hospitales de Suchitepéquez y Retalhuleu solamente participaron enfermeras y auxiliares de enfermería, debido a que no se había efectuado la capacitación de médicos.

En el hospital de El Quiché se contó con la participación de las tres disciplinas.

HOSPITAL	PERSONAL ENTREVISTADO			
	MEDICOS	ENFERMERA	AUXILIAR DE ENF.	TOTAL
Sololá (Grupo 1)	2	1	6	9
Totonicapán (Grupo 1)	2	1	5	8
San Marcos (Grupo 1)	0	2	4	6
Retalhuleu (Grupo 2)	0	3	5	8
Suchitepéquez (Grupo 2)	0	8	8	16
El Quiché Línea de Base	4	11	10	25
Total	8	26	38	72

Fuente: segunda evaluación tutorial. MotherCare 2.

El primer grupo correspondió al personal que fue capacitado inicialmente (Sololá, Totonicapán y San Marcos), el segundo grupo lo constituye el personal capacitado de los hospitales de Retalhuleu y Suchitepéquez y el tercer grupo constituye la línea base.

A cada uno de los participantes se les asignó un número de código desconocido con la intención de que los evaluadores desconocieran a quién evaluaban.

Las evaluaciones estuvieron orientadas a identificar el grado de conocimiento obtenido y las estrategias aplicadas en el manejo de emergencias obstétricas y perinatales. Estas se complementaron con entrevistas a los tutores y a algunos de los funcionarios de los hospitales.

Con respecto a los resultados de la prueba de evaluación de conocimientos, el promedio para los tres grupos fue:

Grupo 1	74.6
Grupo 2	75
Línea de Base	70.6

Al realizar la comparación por área de salud se estableció que Sololá tiene un promedio de 80.4, mientras que Totonicapán presenta 66.1 puntos de promedio.

El instrumento No. 2 se dirigió a evaluar las destrezas. Se evaluaron cuatro aspectos básicos: cuidado prenatal, cuidado durante el trabajo de parto, cuidado del recién nacido y cuidado post-parto. Los punteos obtenidos orientan a que el grupo 1 se acercó más al promedio esperado que los de la línea de base. Esta situación puede observarse en el cuadro siguiente:

Promedios alcanzados en la Evaluación de las Destrezas según grupo objetivo
MotherCare/Guatemala,
Junio 1999-07-26

Destrezas	Posibles puntos totales	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Cuidado prenatal	32	25	23.2	20.7
Cuidado durante el trabajo de parto	32	26.5	24	20.9
Cuidados del recién nacido	8	7.1	6.3	5.5
Cuidados post-parto	4	3.3	3.5	2.8
Punteo total	76	61.9	56.9	49.8

En cuanto a los resultados del instrumento 3 acerca de la destreza adquirida para la ejecución de procedimientos relacionados con la atención obstétrica y perinatal, a continuación se presentan los punteos obtenidos por el grupo 1 y el grupo basal de manera comparativa con el punteo esperado.

Variable Evaluado	Punteo esperado	Grupo 1	Línea Basal
Partograma	96	79.4	19.9
Parto podálico	24	10.5	7.2
Reanimación del recién nacido	40	20.8	19.5
Hemorragia post-parto	28	19.7	15.6
Total punteo	188	130.4	62.1

Fuente: segunda Evaluación Tutorial. MotherCare II.

El instrumento utilizado para las evaluaciones fue el de evaluación de estrategias de competencia, el cual consiste en la presentación de varios casos, en los que se incluyen los problemas de salud a resolver y los aspectos del comportamiento (que no se pueden obviar en el manejo de pacientes). Como parte de las evaluaciones se utilizó una técnica de simulación con el uso de maniqués y materiales similares.

El desempeño de cada participante fue observado directamente por uno de los evaluadores, quien registró la información recabada en las listas de chequeo.

El personal que recibió la capacitación tutorial realizó una autoevaluación, en donde expresó su percepción con respecto a la

satisfacción de sus necesidades de capacitación y la forma como influyó la misma en el manejo de sus pacientes.

La evaluación de los funcionarios de los hospitales visitados y de los tutores se hizo a través de un cuestionario abierto, el cual estuvo orientado a conocer las percepciones del programa de capacitación y el impacto del mismo.

Los resultados de la evaluación y de las entrevistas fueron muy positivos:

- ✓ La evaluación de competencia en las tres categorías del personal cubierto por la tutoría de MotherCare demostraron que los participantes adquirieron las habilidades pertinentes para el manejo clínico de casos.
- ✓ La mayoría de registros clínicos revisados demostró que hubo buen manejo de los casos, incluyendo la atención de emergencias de alta complejidad. Los aspectos evidenciados estaban relacionados con tratamiento rápido, efectivo, razonable y bien monitoreado.
- ✓ Todos los participantes manifestaron haberse beneficiado con la capacitación; así como haber incrementado su habilidad para tomar decisiones más acertadas.
- ✓ Tanto los funcionarios de los hospitales como los tutores coincidieron en los puntos anteriores, agregando que han

observado un mejor trabajo de equipo y una mejoría en la atención que se brinda a los pacientes.

Las recomendaciones dadas por los evaluadores se orientaron a la necesidad de fortalecer dentro de la tutoría ciertos aspectos clínicos tales como: la evaluación inmediata del recién nacido, las maniobras de reanimación y el uso del Partograma Estándar.

☛ Capacitación a Personal de Centros y Puestos de Salud:

El esfuerzo estuvo dirigido a la capacitación de médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería de los centros de salud y de auxiliares de enfermería de puestos de salud.

Se realizaron dos tipos de capacitación:

La primera, estuvo dirigida a fortalecer los conocimientos sobre comunicación interpersonal y complicaciones obstétricas y perinatales.

La segunda estuvo dirigida a la formación de facilitadores, en la que se incluyó como un contenido más la temática de metodología participativa.

En las capacitaciones se incorporó a técnicos de ONG's locales que solicitaron participar en las mismas. Su inclusión ha permitido no solo unir esfuerzos con las otras instituciones, sino que aprovechar la

oportunidad para estandarizar conocimientos, metodologías, lineamientos de trabajo y estrategias de abordaje.

Etapa Preparatoria:

Diagnóstico de necesidades educativas: El proyecto MotherCare elaboró los instrumentos para la detección de necesidades educativas del personal de los centros y puestos de salud, referentes a complicaciones obstétricas y perinatales así como a comunicación interpersonal.

Elaboración y revisión del protocolo de las principales complicaciones obstétricas y perinatales para personal de centros y puestos de salud.

Elaboración de los programas de capacitación que incluían sesiones participativas con facilitadores expertos en aspectos clínicos y educación de adultos.

Etapa de ejecución:

Capacitación Sobre Comunicación Interpersonal y Complicaciones Obstétricas y Perinatales:

En ésta, participaron médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del distrito de salud.



Sus objetivos estuvieron orientados a fortalecer: Los conocimientos sobre comunicación interpersonal, cuidado materno, uso de los protocolos de manejo de emergencias obstétricas y neonatales y sobre el espaciamiento de embarazos.

La capacitación tuvo una duración de 5 días.

Los contenidos programáticos fueron los siguientes:

- ✓ Comunicación interpersonal.
- ✓ Cuidado materno y perinatal.
- ✓ Manejo de las principales complicaciones obstétricas y perinatales para centros y puestos de salud.
- ✓ Sistema de referencia y respuesta.
- ✓ Espaciamiento de embarazos.

Para el desarrollo de las capacitaciones se utilizó como base el protocolo de manejo de las principales emergencias obstétricas y perinatales para centros y puestos de salud.

⇒ Capacitación de Facilitadores de Comadronas:

En los cinco años de ejecución del proyecto MotherCare II, se realizaron varias capacitaciones a facilitadores.

El personal objetivo de la capacitación fue seleccionado por las jefaturas de distritos de salud. Además, participaron técnicos de ONG's.

Los objetivos de la capacitación estuvieron orientados a:

- ✓ Fortalecer y complementar los conocimientos técnicos de los facilitadores de comadronas sobre el manejo de las principales complicaciones obstétricas y perinatales.
- ✓ Proporcionarles principios de educación para adultos y metodologías participativas como herramientas necesarias para aplicar, en la capacitación a comadronas.
- ✓ Proporcionarles elementos de comunicación interpersonal, útiles para el mejoramiento de relaciones entre las comadronas y el personal de los servicios de salud.

Cada curso tuvo una duración de cinco días.

La temática desarrollada se agrupa en los siguientes tres módulos de trabajo:

- 1) Educación participativa.
- 2) Contenidos técnicos a desarrollar con comadronas.
- 3) Material visual para la educación participativa.

Dichos módulos conforman el material educativo denominado "Guía para facilitadores de comadronas".



El fascículo 1 "Educación participativa" incluye los temas siguientes: proceso de enseñanza-aprendizaje efectivo; educación popular; técnicas participativas para grupos; planeación de un programa de capacitación a comadronas y pautas para el seguimiento y la educación en servicio a comadronas.

El fascículo 2 "Contenidos técnicos para comadronas" incluye los temas siguientes: atención prenatal; anemia durante el embarazo; métodos para el espaciamiento de embarazos; trabajo de parto; hemorragia durante el embarazo; pre-eclampsia/eclampsia; ruptura prematura de membranas; presentación anormal; hemorragia post-parto; sepsis post-parto; niño asfixiado; sepsis neonatal y recién nacido prematuro y de bajo peso al nacer.

El fascículo 3 "Material visual para educación participativa" incluye los temas siguientes: materiales que pueden ser utilizados en cualquier tema (rotafolio, rompecabezas, títeres, cine o televisión); material educativo visual para identificar las diferentes complicaciones (embarazo, parto; post- parto y recién nacido) y diferentes técnicas de evaluación.

La metodología de trabajo fue muy participativa. Se aplicaron las técnicas recomendadas a utilizar en la capacitación a comadronas.

Entre estas se incluyen el trabajo de grupos, sociodramas, demostración, animación, juego de roles y asignación de responsabilidades individuales.

Durante la capacitación, los participantes tuvieron la oportunidad de elaborar el programa de capacitación para comadronas, el respectivo cronograma de trabajo y los materiales didácticos para el desarrollo de cada tema (se aprovechó material de desecho para su elaboración).



Al final de cada capacitación se premió el material visual mejor elaborado, asignándose los primeros tres lugares de cada área de salud.

Etapa de Seguimiento:

Evaluaciones del desempeño del personal auxiliar de enfermería de los centros y puestos de salud.

Después de la capacitación sobre complicaciones obstétricas y perinatales se realizó la evaluación del desempeño del personal Auxiliar de Enfermería que labora en los puestos de salud de Totonicapán. Dicha evaluación se realizó de junio a agosto de 1996.

Tomando como base esta experiencia el proceso se amplió a tres distritos más, completando así uno por cada área de salud en las comunidades de énfasis: Momostenango (Totonicapán), Comitancillo (San Marcos), San Carlos Sija (Quetzaltenango), Nahualá (Sololá).

Asimismo, como parte del seguimiento a las capacitaciones de los auxiliares de enfermería de Quetzaltenango, San Marcos y Sololá de noviembre de 1997 a febrero de 1998 se llevó a cabo la evaluación de desempeño en los centros y puestos de salud de los distritos de San Carlos Sija, Quetzaltenango, Comitancillo, San Marcos, Sololá y Nahualá.

Los objetivos de las evaluaciones estuvieron orientados a:

- ✓ Evaluar los conocimientos del personal Auxiliar de Enfermería, de centros y puestos de salud, sobre el manejo de complicaciones obstétricas y perinatales.
- ✓ Identificar durante el desempeño, las necesidades de capacitación en el manejo de dichas complicaciones.

- ✓ Dar asistencia técnica tutorial.
- ✓ Estimular al personal Auxiliar de Enfermería a consultar permanentemente los protocolos de manejo de complicaciones obstétricas y perinatales.
- ✓ Fortalecer la referencia y respuesta del nivel comunitario al nivel hospitalario.

La planificación de la actividad fue realizada coordinadamente entre las jefaturas de áreas de Salud y el Proyecto MotherCare. En Momostenango se agregó el Proyecto Hope. Esta actividad se realizó mediante reuniones de trabajo en las que se abordaron aspectos técnicos y administrativos como los siguientes: revisión y adecuación de los instrumentos utilizados anteriormente por MotherCare en el Área de Salud de Quetzaltenango, programación de los recursos necesarios para la evaluación y la elaboración del cronograma de visitas a los centros y puestos de salud.

Previo a las visitas se notificó a cada uno de los servicios objeto de la evaluación, la fecha de llegada de las(os) evaluadoras(es) y se les solicitó que para ese día se contara con la presencia de una paciente embarazada, una puérpera y un(a) niño(a) recién nacido(a), para evaluar la práctica.

Una vez ubicadas(os) las(os) evaluadoras(es) en el servicio de salud, se realizaron las siguientes intervenciones:

- ✓ Explicación a cada auxiliar de enfermería sobre el proceso de evaluación.
- ✓ Observación de los procedimientos en el manejo obstétrico y perinatal, aplicados por la(el) auxiliar de enfermería: interrogatorio de la embarazada, llenado de la ficha materno perinatal, ejecución del examen obstétrico y la consejería a la madre.
- ✓ Esta parte incluyó, además, la utilización de un maniquí para la realización de maniobras obstétricas propias para identificar la presentación fetal, placenta previa, prolapso del cordón, etc.
- ✓ Llenado del instrumento de monitoreo por el(la) evaluador(a).
- ✓ Resolución del post-test por el o la auxiliar de enfermería.
- ✓ Calificación del post-test por el(la) evaluador(a) y análisis conjunto de los resultados de la observación y del cuestionario con cada participante.

Las diferentes intervenciones aplicadas durante la evaluación, permitieron determinar las áreas de conocimiento más débiles de los(as) participantes y desarrollar el fortalecimiento técnico requerido. Como parte de éste se les recomendó leer el protocolo para centros y puestos de salud sobre las principales complicaciones obstétricas y perinatales.

Los aspectos evaluados fueron:

- Las destrezas para la realización del examen físico.
- La consejería proporcionada a la paciente.
- El registro de la información en las fichas clínicas correspondientes.

Las destrezas evaluadas fueron: toma de presión arterial, cálculo de edad gestacional y fecha probable de parto de acuerdo a última menstruación, medición de altura uterina y cálculo de edad gestacional, determinación de la presentación y posición fetal; auscultación del foco fetal, evaluación de edema de manos y cara y evaluación e identificación de complicaciones.

En lo referente a la consejería, se evaluó el contenido de los mensajes proporcionados a las pacientes, tomando como base que estos deberían estar orientados hacia: hallazgos en el examen físico, complicaciones durante el embarazo, espaciamiento de embarazos, nutrición, higiene e importancia de la aplicación de toxoide tetánico.

Los resultados de las evaluaciones de desempeño evidenciaron que:

- ✓ El diagnóstico de la complicación fue acertado en el 85% de los casos.
- ✓ El conocimiento del personal de enfermería sobre complicaciones

obstétricas y perinatales mejoró en todos los que asistieron a la capacitación.

- ✓ La evaluación práctica del desempeño evidenció que la mayoría del personal necesitó del apoyo de las(os) evaluadoras(es).
- ✓ Un bajo porcentaje del personal registraba antecedentes importantes relacionados con gestas, partos, abortos y cesáreas.
- ✓ Un alto porcentaje no brindaba a las pacientes orientación sobre las señales de peligro que requieren de atención inmediata y especializada. Entre éstas: trabajo de parto prematuro, ruptura prematura de membranas, hemorragia.
- ✓ De las 22 auxiliares de enfermería evaluadas, se observó que entre el 90 y 100% realiza con destreza la toma de presión arterial, el cálculo de la edad gestacional y fecha probable de parto (por fecha de última menstruación y por altura uterina), las maniobras para la identificación de la posición fetal y la auscultación del foco fetal. Con respecto a la evaluación del edema de manos y cara y la identificación de otros factores de riesgo, solamente el 22.7% y el 9.1%, respectivamente lo realizaron con destreza.
- ✓ En la consejería se hace énfasis a los movimientos fetales y a la alimentación, escasamente a lo concerniente al

trabajo de parto prematuro, espaciamiento de embarazos y ruptura prematura de membranas.

- ✓ Incremento en el promedio del pre y post-test (40.3 y 60.9 respectivamente) de todo el personal auxiliar de enfermería del centro de salud de San Carlos Sija; no así en los de Comitancillo (47 y 48.7 respectivamente) y de Nahualá 47 y 48.7.
- ✓ Aumento del conocimiento del personal auxiliar de enfermería, sobre complicaciones obstétricas y perinatales, después de haber estudiado nuevamente (antes de esta evaluación) los protocolos respectivos.

Recomendaciones

Con base en lo observado durante la evaluación se recomendó a los médicos jefes y enfermeras de distrito lo siguiente:

- ✓ Que se le dé oportunidad al personal auxiliar de enfermería de centros de salud para que atiendan embarazadas, ya que esto les dará las destrezas necesarias para hacerlo en ausencia del médico y la enfermera.
- ✓ Que una vez al mes se le dé seguimiento al personal auxiliar de enfermería de los puestos de salud para reforzarle sus destrezas en el control prenatal, enfatizando una consejería sobre complicaciones obstétricas.

- ✓ Motivar al personal de los centros y puestos de salud a leer y consultar los protocolos de manejo de complicaciones obstétricas y perinatales.

La metodología empleada para la evaluación de desempeño, que incluía asistencia técnica directa de parte de los evaluadores permitió al personal superar de inmediato las áreas débiles detectadas.

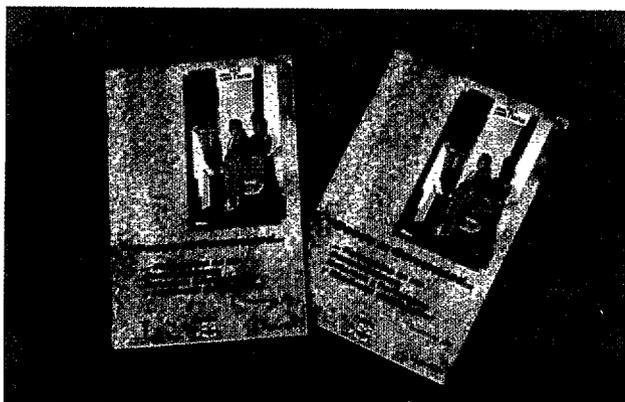
☞ Capacitación a personal Comunitario:

"Comadronas"

El esfuerzo estuvo dirigido a la capacitación de comadronas activas y nuevas por parte de los facilitadores capacitados para tal fin. Durante la misma, se llevaron a cabo actividades prácticas que motivaron la participación de las comadronas en el desarrollo de la temática. La programación de la capacitación tomó en cuenta los resultados de la investigación cualitativa-cuantitativa realizada con grupos de comadronas.

Etapas preparatorias:

Investigación cuali - cuantitativa: En la búsqueda de cómo mejorar la atención de los casos obstétricos y neonatales, el proyecto realizó una investigación cualitativa-cuantitativa con grupos de comadronas de cada área de salud.



Sus objetivos estuvieron orientados a:

- ✓ Describir los conocimientos y conductas de las mujeres en edad reproductiva, de sus compañeros, de las comadronas y del personal de los servicios de salud del MSPyAS, con relación a la atención materna y perinatal.
- ✓ Identificar y describir los principales factores que afectan la utilización de los servicios de salud del MSPyAS, en el caso de complicaciones obstétricas y perinatales.
- ✓ Identificar los principales canales de comunicación disponibles, y los utilizados por las poblaciones.
- ✓ Establecer las necesidades de capacitación de los proveedores de atención materna y perinatal, especialmente las relacionadas con comunicación interpersonal.
- ✓ Identificar las sugerencias de los proveedores de atención materna y perinatal y de las usuarias, acerca de la forma de mejorar la atención materna y perinatal.

La investigación, se llevó a cabo en ocho comunidades indígenas rurales: tres del departamento de Totonicapán, tres de Sololá y dos de San Marcos.

Entre los principales hallazgos están:

- ✓ La atención del embarazo, parto y post-parto es proporcionada principalmente por la comadrona.
- ✓ Colectivamente, las mujeres, sus esposos y las comadronas pueden identificar muchas complicaciones maternas; pero individualmente sólo mencionan algunas.
- ✓ La decisión de buscar atención, llegar a un servicio y recibir atención, está influenciada por factores de accesibilidad física, económicos y socioculturales. Asimismo, por la calidad real y percibida de la atención de los servicios.
- ✓ La opinión negativa de las personas, referente a la calidad de la atención está influenciada por factores institucionales relacionados con: exámenes y procedimientos específicos, largo tiempo de espera, horarios cortos, ausentismo laboral, rechazo y falta de medicamentos.
- ✓ Las comadronas tienen interés en recibir más capacitación sobre atención materna.

Análisis de las capacitaciones a comadronas previo a la intervención: En las capacitaciones a comadronas, tradicionalmente se han desarrollado varios temas tales como: atención del parto normal, higiene, cólera, organigrama del MSPyAS. Estas capacitaciones no incluyen temas sobre la detección y manejo de complicaciones obstétricas y perinatales, los cuales son fundamentales para lograr la sobrevivencia de la mujer, mientras llega a un hospital.

También se analizó que la mayoría de los capacitadores de comadronas, no habían sido actualizados sobre complicaciones obstétricas y perinatales por lo que no podían transmitir estos conocimientos a las comadronas.

Asimismo, que durante las capacitaciones desarrollaban clases magistrales de larga duración, con lenguaje muy técnico y con pocas o ninguna actividad práctica. Además, de que su actividad docente no estaba fundamentada en el enfoque de educación de adultos por no haber recibido capacitación en metodologías educativas participativas, adaptadas a este enfoque.

Estos hallazgos propiciaron el desarrollo de un programa para capacitación de comadronas basado en metodologías participativas con contenidos específicos, que las apoyaran a disminuir las probabilidades de muerte de la madre y/o del niño y a tomar la decisión de referir oportunamente, a los servicios de salud, a las pacientes con complicaciones.

Elaboración del programa de capacitación: se organizó en 13 temas cuyos contenidos abarcaron la definición, riesgos, causas, manejo y prevención de las complicaciones obstétricas y perinatales. Durante la elaboración del programa se tomó en cuenta la guía para el taller con las comadronas, ya que ésta constituye una propuesta sobre la forma en que el facilitador podría desarrollar con las comadronas las sesiones de supervisión y la educación en servicio.

Dicha guía contiene cuatro aspectos importantes:

- ✓ Puntos clave del tema.
- ✓ Preguntas para las comadronas.
- ✓ Respuestas a las preguntas.
- ✓ Actividades prácticas para desarrollar el tema.

Los puntos clave del tema son un resumen de los aspectos más importantes de cada tema que deben ser recordados por las comadronas, después de haber discutido y analizado la detección y manejo de cada complicación obstétrica o perinatal.

La sección de preguntas para las comadronas, plantea una serie de cuestionamientos que el facilitador puede utilizar para estimular la discusión sobre el tema: ¿por qué es importante?, ¿cómo se reconoce?, ¿qué puede hacer la comadrona?, etc.

La sección de respuestas, describe las soluciones más importantes para las preguntas formuladas, para que el

facilitador pueda calificar hasta qué punto las participantes se acercan a las respuestas correctas y tengan una guía para aclarar los conceptos.

La sección de actividades prácticas para desarrollar el tema, propone actividades orientadas a despertar el interés y a motivar la participación en el desarrollo del tema. Asimismo, sugerencias sobre el material visual a utilizar.

Etapa de Ejecución

Las capacitaciones a comadronas fueron planificadas y ejecutadas por personal del distrito de salud. Tuvieron una duración de 5 días y en ellas se incorporaron tanto a comadronas activas, como a comadronas nuevas.

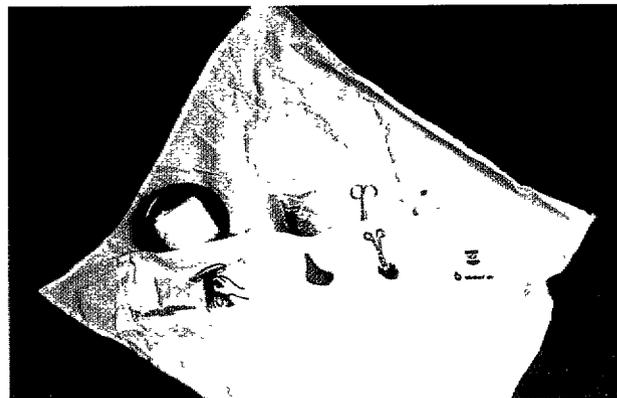
Para el desarrollo de estas capacitaciones, los distritos de salud de San Marcos, Totonicapán, Quetzaltenango y Sololá contaron con el apoyo técnico y financiero del Proyecto MotherCare.

Los distritos de las áreas de salud de Suchitepéquez y Retalhuleu ejecutaron la capacitación a comadronas con fondos propios del área de salud.



Los contenidos educativos desarrollados fueron: atención prenatal, anemia durante el embarazo, métodos para el espaciamiento de embarazos, trabajo de parto, hemorragia durante el embarazo, preclampsia/eclampsia, ruptura prematura de membranas, presentación anormal, hemorragia post-parto, sepsis post-parto, recién nacido(a), asfixiado(a), sepsis neonatal y recién nacido(a) prematuro(a) y bajo peso al nacer.

En las capacitaciones se hizo entrega a cada comadrona de un "tzute" con materiales e insumos para la atención del parto, tales como: toalla de manos, palangana, perilla, tijera gasa, cinta de castilla, jabón y una hoja pictórica de referencia. Esta última es utilizada por la comadrona para señalar los dibujos que representan el estado de la paciente que refiere al hospital.



Cada una de las capacitaciones fue evaluada, y se pudo comprobar que en la mayoría de los distritos se desarrolló la metodología sugerida, con resultados positivos respecto a la participación de las comadronas.

El resultado fue muy satisfactorio, no obstante que en algunos distritos, participó personal que no había sido capacitado como facilitador y por lo mismo no aplicó la metodología de trabajo sugerida.

...Yo soñé atender un parto y creo que eso guió mi destino. Agradezco a Dios que me dio la luz para atender partos y a ustedes la atención y orientación que nos han dado en las capacitaciones...(entrevista realizada en junio de 1999 a Doña Dominga Martín Pérez, comadrona, San Marcos La Laguna, Sololá).

Etapa de Seguimiento:

Pautas para el seguimiento y educación en servicio a comadronas. En el módulo 1 "Educación Participativa" se incorporaron pautas para la realización de actividades de monitoreo y supervisión, evaluación y educación continua en el servicio, con el propósito de brindar apoyo más directo a las comadronas y de mejorar la relación entre éstas y los servicios de salud.

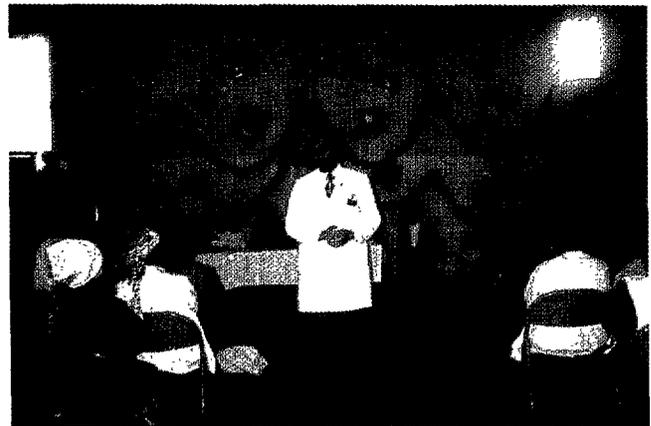
A continuación se presenta un esquema sugerido para comprender mejor el proceso de seguimiento a comadronas:

Esquema 4



Reuniones mensuales en los distritos de salud: Éstas son convocadas por el personal de enfermería de centros y puestos de salud, con el propósito de analizar, conjuntamente con las comadronas, las actividades realizadas en el mes, problemas encontrados y soluciones identificadas. Esta reunión se aprovecha también como una oportunidad para reforzar alguno de los temas, del programa de capacitación.

Encuentros de comadronas y personal hospitalario: Sus objetivos están orientados a: Mejorar la relación comadrona/personal hospitalario; lograr que las comadronas conozcan el hospital y los servicios que ofrece; eliminar las barreras existentes entre comunidad y servicios de salud y a compartir experiencias.



La actividad tiene una duración de cinco horas y hasta la fecha se han realizado tres encuentros en el hospital de Sololá y uno en los hospitales de San Marcos y Retalhuleu.

Agenda realizada dentro de los encuentros:

1. Resolución de guías de trabajo: dos para comadronas y una para personal del hospital. La resolución de las mismas se hizo a través de grupos de trabajo.

✓ En la primera guía de trabajo para comadronas se formularon las preguntas siguientes: ¿conocen ustedes el hospital departamental? ¿Alguna vez han visitado el hospital? ¿han referido (traído) al hospital pacientes embarazadas o con dolores de parto? ¿qué les gustaría que cambiara en el hospital? ¿cómo les gustaría que las trataran en el hospital? ¿qué seguimiento le darán a esta reunión en su comunidad?

✓ La segunda guía de trabajo para comadronas requería de información sobre la distancia en kilómetros u horas desde la comunidad hasta el hospital; costo del pasaje o transporte desde la comunidad hasta el hospital; principal problema que encuentran para referir o llevar al hospital a las señoras con complicaciones obstétricas y sobre las recomendaciones que darían para lograr unión entre las comadronas y el hospital.

✓ La guía de trabajo para el personal de los hospitales incorporó preguntas como las siguientes: ¿conocen ustedes los lugares de dónde vienen sus pacientes a la maternidad? ¿conocen ustedes cuál es el trabajo de las comadronas? ¿qué cosas les gustaría que no hicieran las

comadronas? ¿les gustaría enseñarles a las comadronas dentro del hospital cuando traen a sus pacientes?, ¿qué cambios se han dado dentro del hospital para disminuir las barreras hospital/comadronas?.

2 Presentación de las conclusiones - acuerdos de cada grupo
De las comadronas:

✓ Las comadronas indicaron que en sus comunidades es muy escaso y caro el transporte y las familias no tienen dinero; hay oposición de la familia para acudir al hospital por miedo a que la paciente se muera; las pacientes tienen vergüenza; no les entienden el idioma y no las atienden luego.

✓ Expresaron que les gustaría que atiendan inmediatamente a la enferma que refieren o llevan.

✓ Que así como se da la paz en Guatemala, se dé la paz entre las comadronas y el hospital.

✓ Que les gustaría contar con bata para acompañar a sus pacientes a la sala de partos.

✓ Que las reciban bien siempre y no solamente cuando se realizan encuentros.

✓ Que el personal del hospital les de información sobre el estado de salud de sus pacientes y que les brinden confianza.

Del personal hospitalario:

Por su parte, el personal del hospital expresó que les gustaría que:

- ✓ Las comadronas no pusieran a sus pacientes a pujar antes de tiempo.
 - ✓ Que la paciente no vea dos veces el sol (trabajo de parto prolongado).
 - ✓ Que durante el trabajo de parto no den a sus pacientes bebidas embriagantes.
 - ✓ Que no apliquen a sus pacientes inyecciones para apresurar el parto.
 - ✓ Asimismo, indicaron que hay autorización para que las comadronas ingresen a la sala de parto con bata y zapatos limpios y que harán las gestiones necesarias para que las comadronas estén presentes durante el trabajo de parto. Sugieren que al llegar al hospital, la comadrona presente su carné respectivo.
3. Otras tareas desarrolladas en el encuentro fueron
- ✓ Presentación de la oferta de servicios que se proporcionan en las salas de maternidad y pediatría.
 - ✓ Resumen de los acuerdos de trabajo.
 - ✓ Entrega de reconocimientos al personal comunitario e institucional.

Evaluación de la capacitación de comadronas tradicionales:

La evaluación se realizó seis meses después de la capacitación (junio 1997). Estuvo orientada a evaluar los conocimientos y prácticas de las comadronas tradicionales que fueron capacitadas en riesgo obstétrico y perinatal con apoyo del Proyecto MotherCare.

Por muestreo sistemático al azar, se seleccionaron 28 comadronas, logrando entrevistar entre 24 y 30 de cada departamento, hasta alcanzar un total de 106 comadronas.

Los resultados de la encuesta fueron comparados con las de un estudio cualitativo realizado en 1995 con comadronas no capacitadas en complicaciones obstétricas y perinatales.

Los resultados de la evaluación evidenciaron que:

- ✓ La capacitación de las comadronas en complicaciones obstétricas y perinatales tuvo un efecto positivo sobre los conocimientos y prácticas relacionados con la referencia de complicaciones.
- ✓ Más de la mitad de las comadronas capacitadas conocen algunas señales de peligro en el embarazo.
- ✓ Más de una tercera parte conocen las señales de peligro en el parto, post-parto y en el recién nacido.

- ✓ Al hacer preguntas directas sobre cada complicación, pudo confirmarse que casi todas las comadronas las reconocen como señales de peligro.
- ✓ Tres cuartas partes de ellas, indicaron la necesidad, importancia y compromiso de su referencia a los servicios de salud.
- ✓ La mayoría de las comadronas entrevistadas tenían los materiales que se les proporcionaron en la capacitación y reportaron estar utilizándolos.

B. COMPONENTE DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN-IEC-

Este componente estuvo dirigido a influenciar positivamente en los comportamientos de mujeres, sus familias y proveedores de salud a efecto de reducir las muertes maternas y perinatales.

Estos comportamientos son:

- ✓ Que la mujer, comadrona, parientes y proveedores de salud reconozcan las señales de peligro, durante el embarazo, parto, post-parto y en el recién nacido.
- ✓ Identificación de acciones oportunas, tal como la referencia al servicio de salud correspondiente.
- ✓ Cumplimiento con el tratamiento o referencia al servicio de salud apropiado, según sea el caso.

- ✓ Atención de calidad por los proveedores de salud.

El proceso seguido para el diseño, ejecución y monitoreo de la intervención incluyó:

Investigación formativa:

La investigación tuvo una duración de cinco meses. Los informantes clave, a su vez participantes en la investigación, fueron las mujeres, sus parientes, comadronas tradicionales y los proveedores de los servicios de salud.

Entre los resultados de la investigación se mencionan los siguientes:

- ✓ Algunas mujeres reconocieron como complicaciones durante el embarazo: la hinchazón de la cara y manos, el trabajo de parto prolongado y la hemorragia.
- ✓ Los parientes y las comadronas tradicionales usan diferentes remedios caseros para tratar las complicaciones, antes de decidirse a llevar a la mujer al hospital.
- ✓ Los parientes, especialmente los esposos, las suegras, las madres y las comadronas, influyen en la decisión de buscar atención fuera del hogar y de la comunidad. Dependiendo de la enfermedad de las mujeres, los esposos son los que toman la decisión final de buscar atención fuera de la comunidad.

- ✓ Existe una percepción generalizada sobre la mala calidad de los servicios de salud, situación que influye negativamente en la decisión de buscar atención fuera del hogar.

Se hizo un análisis etnográfico/descriptivo de los resultados para utilizarlo en el diseño de la intervención de IEC.

Se realizaron los análisis de comportamiento, de audiencias, canales y el de organizaciones.

El análisis de comportamiento fue guiado por dos criterios principales:

- ✓ La factibilidad de promover el comportamiento así como su adopción por la audiencia.
- ✓ Lograr impacto epidemiológico.

Por ejemplo: cuando la mujer embarazada note una "señal de peligro" es más factible promover que se lo diga a la comadrona tradicional, a que la mujer vaya directamente al servicio de salud. Aunque quizás lo segundo tendría mayor impacto sobre el problema.

El análisis de comportamiento fue muy importante para la selección de las recomendaciones definitivas y el diseño de los mensajes.

El análisis de las audiencias condujo a identificar como audiencia primaria a las mujeres embarazadas y otras mujeres en

edad reproductiva, ya que ellas deben tener la capacidad para reconocer las señales de peligro e identificar las acciones más apropiadas a tomar.

La audiencia primaria se segmentó en dos grupos:

- ✓ El primero conformado por mujeres jóvenes, con primer embarazo, con menos conocimientos pero, con mayor inclinación a utilizar los servicios de salud.
- ✓ El segundo grupo conformado por mujeres que han tenido más de un embarazo.

Se identificó como audiencia secundaria a los familiares y proveedores de salud, ya que estos influyen en las mujeres embarazadas (esposos, suegros, comadronas tradicionales).

Como audiencia terciaria se identificó a las organizaciones gubernamentales y ONG's, nivel central del Ministerio de Salud y otras instituciones que podrían apoyar las intervenciones.

En el análisis de canales se identificó a la audiencia secundaria, ya que estos usualmente actúan como tales y el alcance de cada uno de ellos es significativo.

Se determinó que, por su limitada cobertura de atención, no se puede depender, exclusivamente, de los servicios formales de atención de salud para la

transmisión de los mensajes a las mujeres embarazadas.

Asimismo, que por ser la comadrona tradicional la principal proveedora de la atención prenatal, del parto y de la atención del recién nacido y por estar vinculada efectivamente con el sistema formal de atención de salud, era necesario capacitarla en: el manejo de complicaciones maternas y perinatales; la transmisión de mensajes a las mujeres embarazadas en el área rural y en la referencia oportuna de las complicaciones.

Diseño estratégico de la intervención

Este duró un mes y en este tiempo se diseñaron tres estrategias: Institucional, de comportamientos individuales y la comunitaria.

La estrategia institucional tuvo como audiencia a los proveedores de salud (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería) y fue orientada a reforzar la capacitación en comunicación interpersonal dentro del contexto guatemalteco multiétnico, multicultural y plurilingüe.

Dentro de la audiencia se incluyó a personal de los hospitales para identificar y eliminar las barreras hospitalarias relacionadas con la referencia de las comadronas tradicionales y con la utilización de los hospitales por parte de las mujeres.

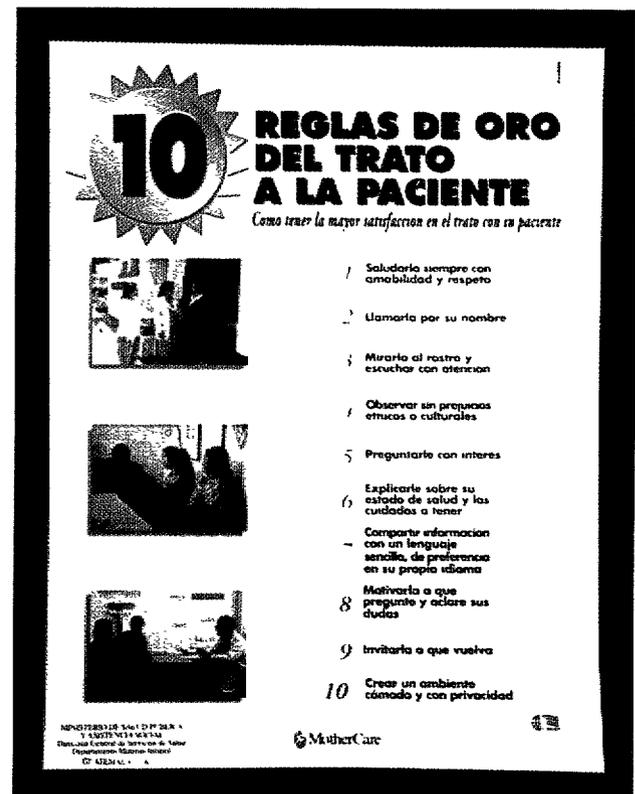
La discusión se centró en las barreras que las familias y las comadronas encuentran

cuando demandan atención apropiada para el manejo de complicaciones.

Las barreras hospitalarias incluyen: temor a morir, temor al personal ladino, vergüenza, idioma y comunicación, prácticas y procedimientos hospitalarios.

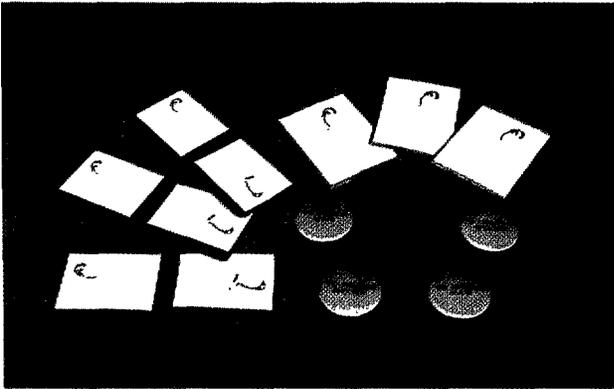
Para esta estrategia se diseñó, validó y produjo el siguiente material:

✓ Afiche "Diez reglas de oro",



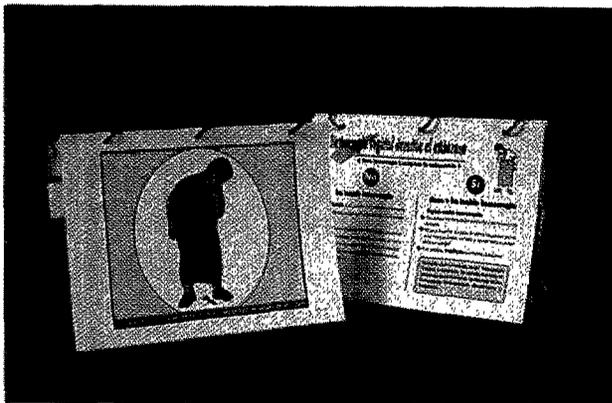
El cual se colocó en los servicios de salud. Este constituye un recordatorio de las destrezas ideales de comunicación interpersonal.

- ✓ Botones de identificación "Yo hablo K'iche'", "Yo hablo Mam" y "yo hablo Kakchiquel".



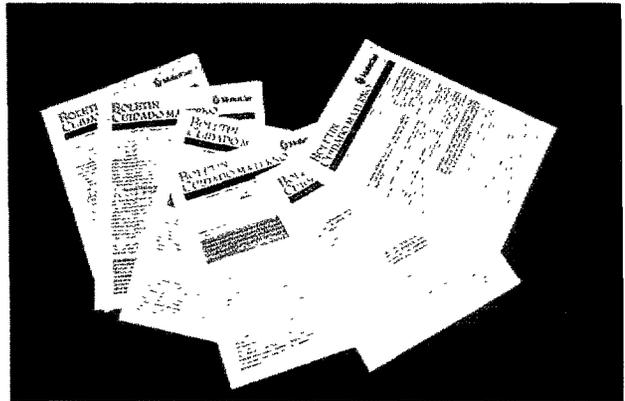
Estos botones le permitieron al personal bilingüe ser identificado como traductor y enlace cultural por las mujeres consultantes. Los botones se consideraron como un incentivo para el personal bilingüe.

- ✓ Rotafolio de escritorio "Consejería en el control prenatal".



Este fue diseñado como apoyo para los proveedores de salud. Contiene mensajes educativos sobre el control prenatal; señales de peligro durante el embarazo; plan de emergencia para la asistencia al hospital, tratamiento de la anemia durante el embarazo, la alimentación de la embarazada, y otros consejos importantes para las mujeres consultantes.

- ✓ Serie de cinco boletines denominada "Cuidado Materno".



Los boletines fueron distribuidos semestralmente a proveedores de salud para informarles sobre temas de interés.

- ✓ Guías de discusión y ejercicios para los encuentros del personal hospitalario con las comadronas tradicionales.
- ✓ El concepto de "Hospital amigo de la comadrona tradicional", que incluye 10 pasos aceptados, por el personal hospitalario y por las comadronas tradicionales, orientados hacia un mejor trato de las pacientes.
- ✓ Materiales de capacitación para talleres sobre destrezas y consejería prenatal.

La estrategia de comportamientos individuales tuvo como audiencia a las mujeres embarazadas, mujeres en edad reproductiva, esposos, suegras y comadronas tradicionales. Dependió principalmente de la radio como medio masivo.

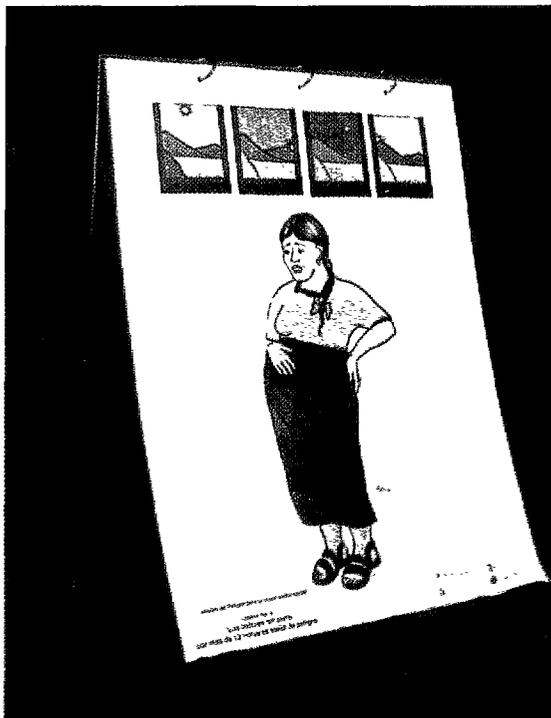
Las cuñas de radio producidas pusieron de manifiesto los comportamientos ideales de las mujeres, los esposos, las suegras y las comadronas tradicionales.

Esta estrategia enfatizó en los mensajes que las comadronas tradicionales deben transmitir a las mujeres embarazadas, durante las visitas de control prenatal en sus hogares.

Se aprovechó la capacitación de las comadronas tradicionales para el reforzamiento de este aspecto.

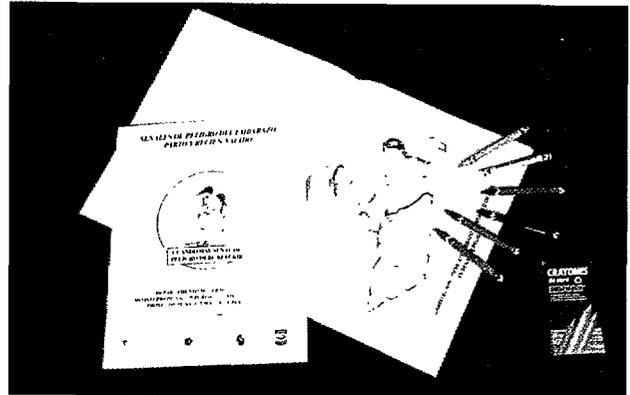
Para esta estrategia se diseñó, validó y produjo el siguiente material:

- ✓ Perfeccionamiento del rotafolio de señales de peligro.



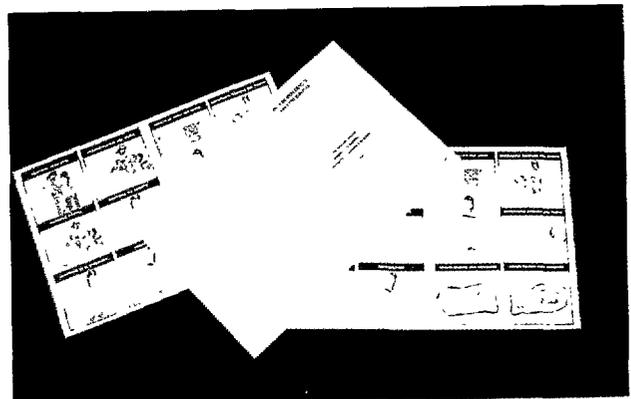
Utilizado en la capacitación de comadronas tradicionales.

- ✓ Libro para colorear, utilizado en la capacitación de las comadronas tradicionales.

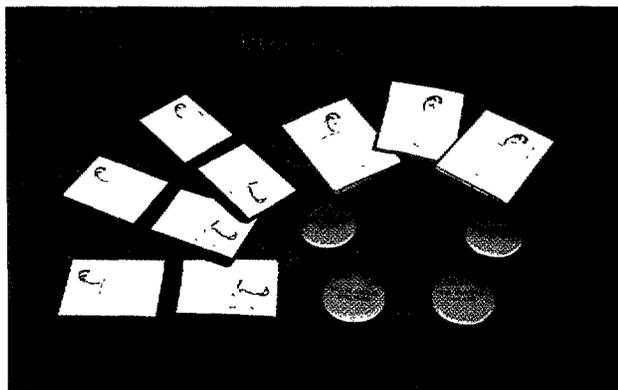


Este contiene dibujos que ejemplifican las señales de peligro para de la mujer embarazada, en el post-parto y las señales de peligro del recién nacido. La comadrona utiliza este material como apoyo a las pláticas de orientación con sus pacientes.

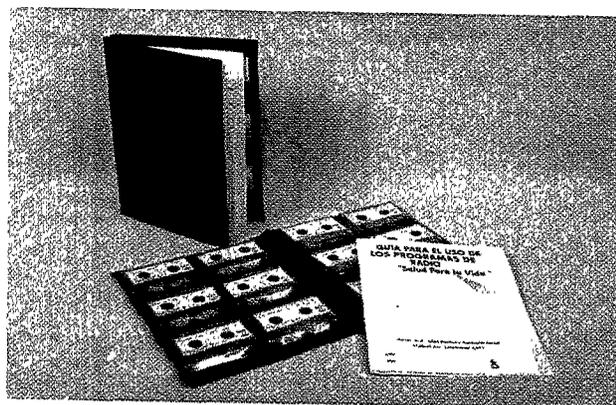
- ✓ Hojas de referencia



- ✓ Calendarios miniatura, tarjetas sobre las señales de peligro, apropiados para guardarlos en monederos portacédula, billetera u otro porta documentos de tipo personal.



- ✓ 15 cuñas de radio con su respectivo manual.



Las cuñas fueron transmitidas en estaciones de radio, con y sin costo alguno. También, se utilizaron sistemas de sonido de algunos servicios de salud. Las cuñas fueron elaboradas en Español, K'iche' y Mam.

Los mensajes educativos radiales estuvieron orientados a:

1. Aumentar el conocimiento de la población, especialmente de las mujeres embarazadas y en edad reproductiva, esposos y comadronas sobre: las señales de peligro durante el embarazo; el control prenatal y la consulta a los servicios de salud.
2. Aumentar la asistencia a los servicios de salud para el control prenatal.
3. Aumentar la utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres con complicaciones durante el embarazo y el parto.

La estrategia comunitaria tuvo como audiencias a los comités y grupos organizados de mujeres.

Fue diseñada para promover el funcionamiento de maternidades comunitarias, a través de la organización de comités de maternidad y para el trabajo con grupos organizados de mujeres.

Esta última actividad fue prioritaria para la intervención del componente IEC y se hizo a través de vínculos establecidos con ONG's que trabajan en las áreas de salud. Como resultado, se identificaron grupos de mujeres interesadas en participar en una serie de siete sesiones educativas.

Esta estrategia incluyó reuniones con los comités de maternidad y sesiones participativas de capacitación con grupos de mujeres.

Para la estrategia comunitaria se diseñó, validó y produjo el siguiente material:

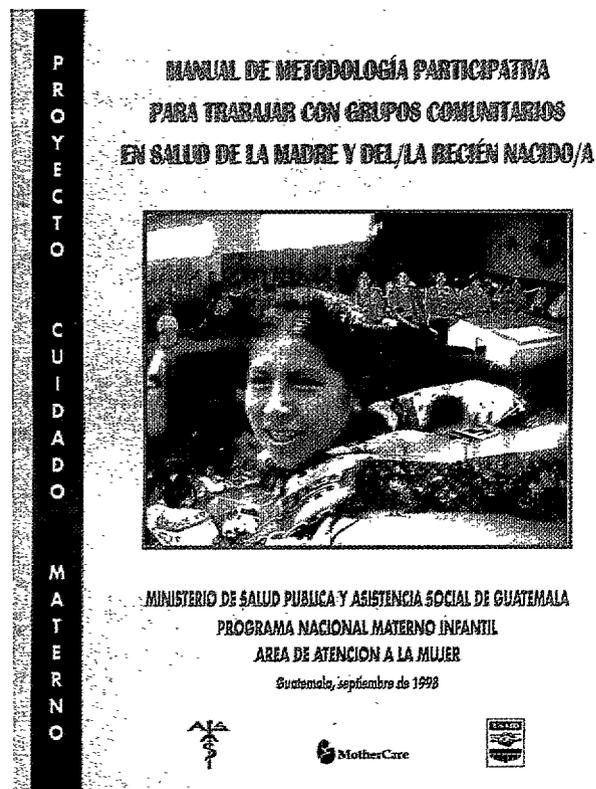
- ✓ Afiche para la promoción de las maternidades comunitarias.
- ✓ Rompecabezas para el análisis de la mortalidad materna y sus causas. Se utilizaron como insumo las páginas del rotafolio "señales de peligro". Dicho análisis se realizó con grupos de mujeres.

- ✓ Material elaborado por las facilitadoras comunitarias.

- ✓ Manual sobre metodología participativa para trabajar con grupos comunitarios en salud de la madre y del/la recién nacido/a.

Este constituye una guía de trabajo para los facilitadores, porque les proporciona orientación para realizar las sesiones educativas con grupos organizados de mujeres de distintas comunidades.

El manual presenta una metodología participativa para trabajar en siete sesiones educativas el tema de la salud materna y del recién nacido, con grupos organizados de mujeres.



La metodología planteada se presenta como una forma de trabajo centrada en las participantes, a quienes se les involucra activamente en un proceso de reflexión, análisis y acción. En la misma, se utilizan principios de educación de adultos y técnicas participativas.

La metodología es denominada Ciclo Triple A o Ciclo AAA (adaptado de UNICEF), ya que resume múltiples pasos en tres fases principales:

- ✓ Autodiagnóstico,
- ✓ Análisis y
- ✓ Acción.

A este ciclo, el Proyecto MotherCare le añadió dos Aes:

- ✓ Aprendizaje y
- ✓ Animación.

Cada temática abordada corresponde a una sesión participativa, siendo éstas:

- ✓ Mortalidad materna.
- ✓ Señales de peligro durante el embarazo.
- ✓ Anemia en el embarazo.
- ✓ Señales de peligro durante el parto.
- ✓ Señales de peligro en el post-parto.
- ✓ Mortalidad de recién nacidos.
- ✓ Espaciamiento de embarazos.

Al final de cada sesión educativa se realiza un plan de acción del grupo participante, según guía contenida en el manual.

C. COMPONENTE MOVILIZACIÓN COMUNITARIA

Sus acciones han sido orientadas a la identificación de grupos de mujeres, comités comunitarios y otros grupos que promueven la búsqueda de atención, cuando ocurre una complicación.

Este componente trabajó muy estrechamente con el componente IEC, e involucra actividades congruentes con el mismo.

Para el desarrollo de las acciones, se ha requerido de una estrecha coordinación con organizaciones comunitarias, gubernamentales y ONG's.

Las principales acciones desarrolladas son:

MATERNIDADES COMUNITARIAS

Con el fin de mejorar la accesibilidad a los servicios y brindar una atención oportuna a las mujeres embarazadas, con respecto al control prenatal, identificación temprana de complicaciones, atención del parto y referencia oportuna, el proyecto MotherCare ha brindado la asistencia técnica para la organización y funcionamiento de maternidades en las comunidades prioritarias.

La organización de dichas maternidades requirió las siguientes acciones:

Asambleas comunitarias: En coordinación con los servicios de salud del MSP y AS, el Proyecto ha promovido, a nivel municipal, reuniones de trabajo con autoridades locales, representantes de ONG's, comadronas y líderes comunitarios para analizar la problemática de la mortalidad materna y perinatal del departamento objeto de la intervención y del municipio.

En dichas reuniones se analiza, además, la importancia de las asambleas para la organización y mantenimiento de la maternidad comunitaria.

Organización del Comité y elección de la Junta Directiva: Esta última se integra con Presidente, Vicepresidente, Secretario, Tesorero y tres vocales.

La Junta Directiva es la encargada de coordinar la organización para la implementación de las maternidades, identificar el local para su funcionamiento, negociar el financiamiento, administrar y buscarle sostenibilidad a la maternidad como un proyecto comunitario.

Reuniones de seguimiento: MotherCare, en coordinación con el distrito de salud ha realizado reuniones de seguimiento con la junta directiva del comité para conocer el grado de avance de las actividades programadas y buscarle soluciones a problemas encontrados.



A continuación se presenta la situación en que se encuentra cada uno de los proyectos de maternidades comunitarias.

Maternidades Comunitarias que se encuentran funcionando:

SAN CARLOS SIJA:

Maternidad ubicada en la cabecera municipal de San Carlos Sija, municipio del departamento de Quetzaltenango. Funciona desde 1991 y está cumpliendo los objetivos para los que fue creada.

El comité de la maternidad está integrado y trabajando muy bien con el apoyo de la municipalidad, comadronas, bomberos voluntarios, personal del distrito de salud y del Proyecto MotherCare.

El comité está autorizado por la Gobernación Departamental y se le denomina Comité Pro-Maternidad Cantonal.

Por el entusiasmo de trabajo que tiene este comité, se han logrado varios apoyos financieros, entre los que destacan el proporcionado por un grupo de personas de San Carlos Sija, residentes en Estados Unidos de Norteamérica y el de la Embajada de Japón, los que contribuyeron para el equipamiento y la construcción de nuevas instalaciones, respectivamente.

...han aumentado las consultas en control prenatal y desde 1992 no hemos tenido ninguna muerte materna...Dr. Otto Cifuentes, Jefe de Distrito, San Carlos Sija.

MOMOSTENANGO:

Maternidad ubicada en la cabecera municipal de Momostenango, municipio del departamento de Totonicapán. Se encuentra funcionando desde el 13 de abril de 1996.

Inicialmente, fue atendida por un médico residente del Hospital Regional de Occidente de Quetzaltenango. En la actualidad está a cargo de una Enfermera, contratada por la Jefatura de Área de Salud, y dos comadronas que se turnan. La Enfermera fue capacitada por la Jefatura de Área de Salud de Totonicapán en el servicio de maternidad del hospital departamental. Próximamente, se integrará al proceso una Auxiliar de Enfermería, quien será pagada por la municipalidad.

Se han realizado gestiones ante el "Proyecto Vivamos Mejor" para la construcción del edificio de la maternidad.

El comité de la maternidad comunitaria se ha reestructurado y está en vías de legalizarse.

SAN ANTONIO SUCHITEPÉQUEZ:

Maternidad ubicada en la cabecera municipal de San Antonio Suchitepéquez, del departamento de Suchitepéquez. Funciona anexa al Centro de Salud de la localidad, desde mayo de 1998.

El comité está organizado pero tiene muy poca participación.

Es atendida por una enfermera, con el apoyo del personal del centro de salud y un médico residente de Gineco-obstetricia del Hospital Regional de Quetzaltenango.

SANTA CLARA LA LAGUNA:

Maternidad ubicada en la cabecera municipal de Santa Lucía Utatlán, municipio del departamento de Sololá.

Fue inaugurada en mayo de 1999 y se encuentra funcionando en la Clínica Santa Clara, coordinada por las hermanas de la Presentación de María.

El centro de salud ha tenido un papel protagónico en la implementación de esta maternidad.

CENTRO II LA MÁQUINA:

Ubicada en la cabecera municipal, La Máquina, municipio del departamento de Retalhuleu.

Se realizaron reuniones con el Jefe de Área de Salud de Retalhuleu para su inauguración y funcionamiento a partir de agosto de 1999, anexa al centro de salud de la comunidad.

Existe un comité de salud de la comunidad con quien se coordina el proceso.

El Jefe de Área de Salud ha proporcionado un médico (para que trabaje exclusivamente en la maternidad), así como parte del equipo; vehículo y los medicamentos necesarios. La gasolina será aportada por la comunidad.

MotherCare brindó la asistencia técnica para la organización del comité pro-maternidad, su legalización, la organización de las comadronas y el funcionamiento de la maternidad.

Maternidades Comunitarias en Proceso:

ALDEA PIEDRA DE FUEGO:

Ubicada en la Aldea Piedra de Fuego del municipio de Comitancillo, departamento de San Marcos.

Se han sostenido tres reuniones con la junta directiva, quien ha manifestado querer un edificio más amplio para la maternidad. El Proyecto MotherCare ha estado apoyando en la búsqueda de recursos para tal propósito.

No obstante, que no está totalmente implementada ni funcionando en un edificio adecuado, proporciona los servicios de atención de niños y control prenatal, los cuales son entregados por una auxiliar de enfermería.

El comité aún no quiere comprometerse con la atención de partos hasta no contar con un edificio más amplio.

Para la consecución del financiamiento de la ampliación de las instalaciones, MotherCare y la Asociación de Desarrollo Integral (que agrupa diez comunidades con comités de mujeres y comadronas) presentaron una propuesta conjunta a la Cruz Roja Española.

Dicha entidad, realizó una visita a la comunidad, identificando tres predios, de los cuales se seleccionará uno para la construcción de la maternidad cantonal.

La administración de esta maternidad cantonal estará a cargo de las comadronas y anexo a ésta se implementará una farmacia comunitaria.

La comunidad ha mostrado interés en el desarrollo de este proyecto y de otros dirigidos a la reforestación, alfabetización (actualmente trabajan con CONALFA), letrización y agricultura.

COMITANCILLO:

Estará ubicada en la cabecera municipal de Comitancillo, municipio del departamento de San Marcos.

Se hizo la propuesta al Proyecto Txolja, para coordinar con MotherCare la implementación de una maternidad cantonal. Dicho proyecto está dispuesto a apoyar la maternidad.

Anteriormente, se coordinó con este proyecto la capacitación sobre señales de peligro durante el embarazo, parto y post-parto y espaciamiento de embarazos (dirigido a 10 grupos de mujeres, 700 mujeres en total).

NAHUALÁ:

La maternidad estará ubicada en la cabecera municipal de Nahualá, del departamento de Sololá. Se encuentra en la fase de organización.

Se han realizado reuniones con la Coordinadora de AMG INTERNATIONAL, quien tiene a su cargo la clínica cristiana que está funcionando en el municipio de Nahualá, para coordinar con ésta la implementación de la maternidad comunitaria.

La Coordinadora puso a disposición las instalaciones de la clínica cristiana, quedando pendiente definir previamente los roles de cada institución y la organización del comité.

ALDEA DE XEK'AM:

Ubicada en la aldea de Xek'am del municipio de Cantel, del departamento de Quetzaltenango.

Con la asesoría del Proyecto MotherCare las comadronas del municipio se han organizado para iniciar las gestiones de la construcción de la maternidad comunitaria, en el terreno que ya tienen destinado para la misma.

En ésta, se prestarán los servicios de control prenatal, atención del parto y control postnatal y se llevarán a cabo las capacitaciones de comadronas.

Las actividades serán supervisadas por la Auxiliar de Enfermería del puesto de salud, fortalecidas por un comité de la comunidad y la municipalidad. La asistencia técnica y el seguimiento estará a cargo de MotherCare.

Se presentó una propuesta de solicitud de financiamiento a la Cruz Roja Española para la construcción y equipamiento de la maternidad comunitaria.

CAPACITACIÓN A GRUPOS ORGANIZADOS DE MUJERES

Acción dirigida al fortalecimiento de las organizaciones y otros grupos comunitarios, especialmente grupos organizados de mujeres, con el propósito de que tomen conciencia de los problemas de mortalidad materna y del recién nacido y para promover su participación en la solución de los mismos.

El trabajo se realizó con grupos organizados, existentes en las comunidades durante 15 meses (de abril de 1997 a junio de 1998).

Específicamente, se ha apoyado a las mujeres para que reflexionen y tomen acción en tres aspectos básicos:

- 1) La mortalidad materna y del recién nacido.

- 2) Las señales de peligro en el embarazo, parto, post-parto y en el recién nacido.
- 3) El acceso físico, socioeconómico y cultural a los servicios de salud, especialmente en los casos de emergencias obstétricas y del recién nacido.

La capacitación consta de siete sesiones educativas con una duración de dos horas cada una, en las mismas se abordan los siguientes temas de salud materna y del recién nacido:

- Sesión 1: Mortalidad materna.
- Sesión 2: Señales de peligro en el embarazo.
- Sesión 3: Anemia en el embarazo.
- Sesión 4: Señales de peligro durante el parto.
- Sesión 5: Señales de peligro en el post-parto.
- Sesión 6: Mortalidad de recién nacidos/as.
- Sesión 7: Espaciamiento de embarazos.

A esta última sesión se le dio el carácter de opcional, considerando la oposición que las comunidades rurales manifiestan hacia la planificación familiar. No obstante esta situación, siempre se confirmó con el grupo su participación en la misma. La mayoría de grupos se interesó por participar en el tema.

Cada sesión estuvo organizada siguiendo el "ciclo triple A" o ciclo AAA (adaptado de UNICEF).

El ciclo resume múltiples pasos en tres puntos principales:

Autodiagnóstico: Las participantes discuten y reflexionan sobre la situación de salud de las mujeres y los(as) niños(as) e identifican los problemas principales. Este punto puede principiar con una pregunta para discutir, una historia, un ejercicio o una lámina para reflexionar.

Análisis: Aborda el resumen de la discusión, y la identificación de las causas y otros aspectos que influyen en la producción de los problemas y analiza las oportunidades para actuar.

Acción: Los participantes plantean ideas sobre posibles acciones, toman decisiones para la acción, elaboran el plan de acción y las estrategias para su ejecución.

A este ciclo, el Proyecto MotherCare le ha agregado dos Aes más: Aprendizaje y Animación.

El Proyecto contó con ocho facilitadores, siete mujeres y un hombre, con diferente nivel de escolaridad, bilingües (español y un idioma Maya, K'iche' o Mam) con residencia en o cerca de las comunidades donde residen las mujeres.

Inicialmente, los facilitadores fueron capacitados en la metodología de Reflexión - Acción y posteriormente en las áreas temáticas de su interés tales como: salud reproductiva de las mujeres, (especialmente planificación familiar),

complicaciones obstétricas y perinatales, señales de peligro durante el embarazo, parto, post-parto y en el neonato.

Otros temas fortalecidos fueron:

Los Acuerdos de Paz en Guatemala, políticas y procesos de Reforma del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, enfoque de género, consejería, preparación de materiales de comunicación, supervivencia infantil (diarrea, infecciones respiratorias y nutrición de recién nacidos(as) y niños(as), sostenibilidad de proyectos, desarrollo sostenible, participación comunitaria y monitoreo.

La capacitación a grupos organizados de mujeres y comités incluyó las siguientes tareas:

- ✓ Censo de los grupos organizados de mujeres existentes en el área de intervención.
- ✓ Reuniones con la directiva de cada grupo para darles a conocer la idea y el plan de trabajo. Se inscribe al grupo cuando muestra interés y acepta participar en este proceso.
- ✓ Calendarización de las sesiones de trabajo.
- ✓ Ejecución de la capacitación.
- ✓ Evaluación de la capacitación.

La acción se realizó en los cuatro municipios de énfasis del Proyecto: Nahualá (Sololá), Momostenango (Totonicapán), San Carlos Sija (Quetzaltenango) y Comitancillo (San Marcos).

Se estableció que, idealmente, los grupos organizados de mujeres deberían tener:

- ✓ Una directiva.
- ✓ Una motivación, una misión y objetivos comunes.
- ✓ Una planificación y ejecución de actividades comunes.
- ✓ Reuniones periódicas.
- ✓ Algunos recursos (tiempo, energía, motivación, sede para reuniones etc.).

No todos los grupos con los que trabajó el proyecto cumplieron con estos requisitos, sin embargo, la formación de la mayoría de ellos fue estimulada por las diferentes ONG's existentes en la Región Sur-Occidental, incluyendo iglesias. Dichas instituciones, solicitaron a MotherCare el apoyo técnico para la capacitación de su personal como facilitador y para el uso de la metodología participativa en el trabajo con grupos de mujeres.

En Nahualá, los facilitadores coordinaron su trabajo con 10 ONG's; en Momostenango con dos ONG's y cinco grupos independientes; en San Carlos Sija con un grupo religioso y tres grupos independientes y en Comitancillo con dos ONG's.

La capacitación de los facilitadores de las ONG's se consideró esencial para la sostenibilidad del proyecto y para aumentar su cobertura, de ahí que se diseñó un curso de capacitación para facilitadores que duro tres días y medio.

Se capacitaron siete grupos de facilitadores:

San Marcos: Un grupo de la Organización Txolja.

Quetzaltenango: Comité Femenino de la municipalidad, Proyecto Hope y un centro de salud.

Totonicapán: CARE.

Sololá: Un grupo con representantes de varias ONG's como Christian Children's Fund, Vivamos Mejor y un grupo de la ONAM.

Fueron identificados 80 grupos y de éstos, 62 participaron en las sesiones.

Cada grupo capacitado estuvo constituido en promedio por 37 mujeres.

Grupos de mujeres y participantes en cuatro municipios

Municipio	Número de Grupos	Número de Participantes
Nahualá, Sololá	23	814
Momostenango, Totonicapán	18	740
San Carlos Sija, Quetzalt.	4	92
Comitancillo, San Marcos	17	637
Total	62	2,283

Fuente: Sesiones participativas con grupos de mujeres. Informe de Evaluaciones del Proyecto MotherCare, Guatemala, septiembre, 1998. Pag. 7

Evaluación de la capacitación a grupos organizados de mujeres:

Se realizó una evaluación cualitativa, con énfasis en los procesos desarrollados por los facilitadores y grupos de mujeres.

La metodología de evaluación incluyó:

- ✓ Un taller de evaluación final con los ocho facilitadores.
- ✓ Visitas de seguimiento a 21 grupos de mujeres.
- ✓ Entrevistas individuales a 46 mujeres que participaron en las discusiones de grupo.
- ✓ Evidencia anecdótica de los efectos de la capacitación en las vidas de las mujeres.

En la evaluación, los facilitadores expresaron que:

- ✓ La capacitación aumentó considerablemente sus conocimientos sobre las técnicas para trabajar con grupos y sobre los temas de salud, al mismo tiempo que aumentó su autoconfianza.
- ✓ durante la capacitación, los estimuló a investigar y a participar más activamente en su propia capacitación.
- ✓ Debido a que la mayor parte de la capacitación se desarrolló

paralelamente a la organización y capacitación de los grupos organizados, los facilitadores sintieron que no siempre estuvo bien integrada.

- ✓ Los facilitadores consideraron muy positiva su experiencia y su transformación en el proceso de trabajo con los grupos de mujeres, ya que les permitió desarrollar su creatividad, responsabilidad, dinamismo y colaboración.
- ✓ Entre las principales dificultades en su trabajo mencionaron: largas distancias para llegar a las comunidades, falta de transporte, muchas horas de trabajo, falta de medios de comunicación, mucho trabajo de seguimiento y poco tiempo para hacerlo.

Entre los logros se mencionó el interés de los grupos de mujeres por participar en el proceso. Las mujeres aprendieron a participar en las discusiones y adquirieron confianza. Todos los grupos (excepto dos) que iniciaron el proceso, lo terminaron.

Las entrevistas llevadas a cabo detectaron mujeres que asistieron a las sesiones y que se dieron cuenta que tenían un problema de salud. Asimismo, detectó a mujeres que habían sido referidas por otras que asistieron a las sesiones.

La participación de las mujeres condujo a realizar las siguientes acciones:

- ✓ Visitas a las vecinas para aconsejarlas.
- ✓ Visitas a todas las mujeres embarazadas para aconsejarlas sobre las señales de peligro.
- ✓ Una réplica de la experiencia con otros grupos de mujeres.
- ✓ Referencia de las mujeres con señales de peligro a los servicios de salud y de embarazadas para atención prenatal.
- ✓ Organización de reuniones con esposos de las embarazadas.
- ✓ Asociación con la clínica comunitaria Pitzal, Momostenango, Totonicapán.
- ✓ Capacitación de una mujer joven de la comunidad, para que proporcione atención básica de salud (San José Frontera, Comitancillo).

La evaluación con las participantes se llevó a cabo a través de visitas a 21 grupos capacitados. La evaluación se inició con un recordatorio inducido acerca de los temas discutidos en las sesiones. Como resultado se obtuvo que, por lo menos una persona en el grupo mencionó espontáneamente cada tema.

También, se les pidió que recordaran las señales de peligro durante el embarazo, parto, post-parto y en el recién nacido.

Finalmente, se les preguntó acerca de lo que habían decidido hacer para resolver los problemas discutidos.

En Nahualá, las mujeres dijeron que habían tratado de poner en práctica "el consejo dado". Los grupos aconsejaron a otras mujeres embarazadas para que fueran a control prenatal y para que estuvieran alertas ante las señales de peligro. También, platicaron con sus parientes y vecinos sobre los problemas de salud de las mujeres.

Los grupos de Momostenango decidieron visitar a todas las mujeres embarazadas, aconsejarlas y darles pastillas de ácido fólico y hierro. Uno de ellos lo hizo conjuntamente con las comadronas tradicionales. En Pitzal, un grupo de mujeres decidió asociarse con la clínica de esa comunidad.

En Comitancillo, los grupos participantes aconsejaron a otras mujeres, refirieron al centro de salud u hospital a las que tenían complicaciones y hablaron con los esposos de las señoras embarazadas para que les permitieran asistir a los exámenes prenatales.

Un grupo indicó que no tomó ninguna acción, por falta de tiempo.

Las mujeres expresaron la utilidad de las sesiones y lo valioso de los contenidos recibidos en las mismas y el gusto por la metodología utilizada.

CAPACITACIÓN "CONSEJERÍA EN LA ATENCIÓN PRENATAL"

La consejería es una forma de comunicación interpersonal. Es un diálogo o comunicación en el que un consejero, con base en el problema o situación en que se encuentra la otra persona, le ofrece información, consejos o recomendaciones que le ayudarán a tomar decisiones más acertadas acerca de su situación.

El consejero debe contar con tres elementos esenciales para que la información o recomendaciones que proporcione sean específicas, oportunas, técnicamente correctas y culturalmente apropiadas a cada embarazada, estos tres elementos son:

- ✓ Conocimientos
- ✓ Destrezas
- ✓ Motivación

La capacitación sobre consejería (taller de un día de duración) proporcionó al personal de salud participante un espacio para la reflexión e intercambio de conocimientos y experiencias, relacionadas con la consejería en general y específicamente en el control prenatal.



Sus objetivos estuvieron orientados a identificar las destrezas de un buen consejero y las oportunidades que deben aprovechar para llevar a cabo la consejería; así como a utilizar el material educativo específico.

Además del personal de centros y puestos de salud, participó personal de las ONG's que solicitaron el apoyo de MotherCare para esta acción específica.

La incorporación de este personal en las capacitaciones ha permitido estandarizar conocimientos y procedimientos con las diferentes instituciones que trabajan en beneficio de la salud materna y perinatal.

Los principales contenidos desarrollados fueron:

- ✓ Qué es la Consejería.
- ✓ Las oportunidades y destrezas para la consejería.
- ✓ Las estrategias para maximizar oportunidades de consejería y minimizar obstáculos.

- ✓ Material de consejería y su uso correcto.

Para desarrollar esta actividad, se le recomendó al consejero incorporar en su accionar algunos elementos tales como: creencias, actitudes y motivaciones, ya que éstas le permitirían:

- ✓ Establecer una buena comunicación en una situación multilingüe y pluricultural.
- ✓ Reconocer y aceptar que hay diferencias étnicas y culturales.
- ✓ Sentirse cómodo con las diferencias, en términos de etnia, cultura y creencias.
- ✓ Estar consciente de sus prejuicios y estereotipos y decidido a modificarlos para cumplir mejor su rol de consejero.
- ✓ Respetar las creencias y valores de los diferentes grupos.
- ✓ Respetar a los practicantes tradicionales que atienden a las embarazadas (comadrona y otros existentes en la comunidad).
- ✓ Valorar el bilingüismo y no considerar el idioma como un obstáculo para la consejería.
- ✓ Considerar necesaria la consejería en el control prenatal.

La capacitación fortaleció los conocimientos y destrezas necesarios para tal propósito.

El material de apoyo utilizado para la consejería en el control prenatal fue el "rotafolio de escritorio". Este es utilizado por el personal de salud, en el servicio y en la comunidad en los momentos de contacto con la paciente embarazada.

DISMINUCIÓN DE LA ANEMIA EN EL EMBARAZO

La deficiencia de hierro es una de las carencias nutricionales de mayor prevalencia en el mundo.

En Guatemala, la información disponible sobre esta deficiencia es escasa. La encuesta nacional de micronutrientes de Guatemala (1995) reportó una prevalencia nacional de anemia en mujeres en edad fértil de 35.4%, la cual se incrementa a 39.1% cuando se considera únicamente a las mujeres embarazadas.

El documento "DESDE LA COMUNIDAD... PERCEPCIÓN DE LA ANEMIA Y LA IMPORTANCIA DE LA SUPLEMENTACIÓN CON HIERRO DURANTE EL EMBARAZO" (MSP y AS, MotherCare, USAID. Guatemala, julio de 1996) registra información referente a:

- ✓ Estudios que demuestran el efecto negativo de la anemia en diferentes grupos de población. En las mujeres, contribuye a incrementar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, la incidencia de abortos, las muertes intrauterinas, los partos prematuros y el nacimiento de niños(as) de bajo peso al nacer.

- ✓ Recomendaciones para reducir la deficiencia de hierro, en especial de la anemia y sus consecuencias durante el embarazo. El Subcomité en Nutrición de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud -WHO-(según siglas en inglés), recomienda la suplementación de hierro iniciando la ingesta de una píldora de 60 mg. de hierro, elemental al día, antes de cumplidas las 20 semanas de embarazo. En regiones con alta prevalencia de anemia (mayor de 20%) recomienda incrementar a dos píldoras de hierro-folato al día, conteniendo 60 mg. de hierro elemental y 250 mg. de ácido fólico.

- ✓ Programas de suplementación de hierro durante el embarazo, los cuales presentan dos obstáculos importantes: la baja cobertura del control prenatal y el abastecimiento y distribución inadecuados. En Guatemala esta situación es similar.

Ante esta situación el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, con apoyo del Proyecto MotherCare, realizó una investigación orientada a identificar las barreras culturales, cognoscitivas y de comportamiento del personal de salud y de la comunidad en general, que impiden adoptar la suplementación de hierro durante el embarazo como un comportamiento necesario para reducir la prevalencia de anemia y sus consecuencias.

A continuación, se dan a conocer aspectos importantes de la investigación realizada:

El estudio constituyó la primera fase de una investigación cualitativa y formativa dirigida a proporcionar información de base para el diseño de un plan de intervención, que incluyera una campaña de comunicación social.

La misma estaba orientada a elevar el nivel de conocimientos y motivar a los trabajadores del sector formal e informal de salud, a líderes comunitarios y a la mujer en general a promover y participar en el programa de suplementación de hierro durante el embarazo; así como a establecer sistemas autosostenibles de abastecimiento y distribución.

La muestra del estudio fue constituida por embarazadas residentes en aldeas y caseríos correspondientes a un Distrito de Salud. Se consideró un distrito de salud por departamento: (Sololá, Totonicapán, Quetzaltenango y San Marcos). Durante este proceso se cuidó que en el grupo hubiera representación de varias comunidades.

En cada lugar se conformaron cuatro grupos focales de acuerdo con los siguientes criterios:

Grupo 1: constituido por mujeres embarazadas de 15 a 25 años, que no fueran ni promotoras de salud, ni comadronas y que no tuvieran algún nexo con los servicios de salud.

Grupo 2: constituido por mujeres embarazadas de 25 años o más, que no fueran ni promotoras de salud, ni comadronas y que no tuvieran algún nexo con los servicios de salud.

Grupo 3: constituido por hombres unidos o casados.

Grupo 4: Constituido por comadronas de aldeas y caseríos de un Distrito de Salud de cada departamento.

Para la organización de estos grupos, se hicieron visitas a diferentes aldeas y caseríos de cada Distrito de Salud. En el caso específico del grupo de comadronas, se invitó a una o dos de ellas (adiestradas o no) para que participaran en las discusiones.

En total, se realizaron 17 reuniones con los grupos focales: 9 con el de mujeres embarazadas, 4 con el de hombres y 4 con el de comadronas.

Los resultados de la investigación formativa se agruparon de acuerdo a cada grupo focal y departamento investigado.

En cada uno se evidencia información relacionada con los conocimientos sobre: molestias durante el embarazo, debilidad, vitaminas, hierro, factores que influyen en el comportamiento, canales de distribución y canales de comunicación.

A continuación se transcriben los principales hallazgos del estudio¹ según grupo:

EMBARAZADAS

- ✓ Todos los grupos focales, coincidieron en que el embarazo siempre conlleva molestias. De éstas, las más mencionadas fueron la falta de apetito y el dejar de comer. En menor frecuencia, se mencionaron las náuseas, el dolor de cabeza, la falta de fuerzas, el sueño y el agotamiento o cansancio.
- ✓ La debilidad de la sangre es reconocida y asociada a: falta de fuerzas, falta de ganas de trabajar, desmayo, cansancio, sueño y palidez.
- ✓ Como causa de la debilidad se plantea el embarazo mismo, que hace que la mujer no tenga apetito y deje de comer. Además, identifican aspectos económicos y psicosociales como factores que obligan a dejar de comer.
- ✓ Como consecuencias de la debilidad se mencionó, en orden de frecuencia: la falta de fuerzas a la hora del parto, el parto tardado y el mayor riesgo de muerte materna durante el parto.
- ✓ Como consecuencias para el (la) niño(a) se mencionaron principalmente, la desnutrición y debilidad.
- ✓ El uso de vitaminas se asocia a efectos positivos como recobrar el apetito y las fuerzas. Aunque las vitaminas son conocidas (especialmente las inyecciones), pocas de las embarazadas participantes han tenido la experiencia de tomar vitaminas prenatales. Con excepción de las de San Marcos, que reportaron algunos efectos secundarios relacionados con su uso.
- ✓ La mayoría de participantes no quiso dar crédito a rumores sobre las vitaminas y sus efectos. Sin embargo, en alguna oportunidad se mencionó, que las vitaminas pueden hacer crecer o engordar demasiado al niño y dificultar el parto. También, se mencionaron rumores acerca del efecto anticonceptivo, esterilizante o abortivo de las vitaminas, de productos alimenticios y de otras medicinas que proporcionan los servicios de salud.
- ✓ Desconocimiento de las pastillas de hierro. Solamente, algunas de las participantes habían oído hablar del tema. Para preguntar sobre el hierro, las moderadoras de los grupos focales usaron el término "vitamina de hierro".
- ✓ Como factores influyentes en el comportamiento de las embarazadas, especialmente para la demanda de atención prenatal, se identificaron: la falta de recursos económicos y de tiempo de la mujer, la inadecuada calidad de la atención de los servicios, algunas creencias, los familiares (especialmente, el esposo y los suegros), los vecinos y la comadrona.

¹ Para mayor información sobre el estudio, referirse al informe de investigación denominado "DESDE LA COMUNIDAD PERCEPCIÓN DE LA ANEMIA Y LA IMPORTANCIA DE LA SUPLEMENTACIÓN CON HIERRO DURANTE EL EMBARAZO", Guatemala, julio de 1996 MSP y AS, MotherCare, USAID

- ✓ La comadrona podría ser una buena opción para proporcionar las vitaminas/hierro a las embarazadas, especialmente si viven cerca. Según las participantes, casi ninguna aconseja a la embarazada a tomar vitaminas y ninguna las distribuye.
- ✓ En el centro o puesto de salud, la ventaja es que las vitaminas se dan después de un examen médico y son gratuitas.
- ✓ La información sobre canales de comunicación para dar a conocer las vitaminas/hierro fue escasa. Las participantes mencionaron como canal principal la comunicación interpersonal, entre mujeres. Algunas ideas interesantes (aunque no prevalentes) fueron: el ambiente predominante permite abordar temas que antes eran vedados; deben darse pláticas a las personas mayores; debe proporcionarse información escrita porque algunos esposos saben leer. La información sobre el hierro no se da a conocer y, por lo tanto, las mujeres no lo pueden recomendar a otras mujeres.
- ✓ El agotamiento o debilidad se caracteriza por palidez, ojos amarillos, vahídos, dolor de cabeza, pérdida del apetito o del deseo de comer.
- ✓ El agotamiento o debilidad es considerado parte del embarazo. La mayoría de la gente no lo ve como una enfermedad sino como parte de la vida de la mujer, del destino.
- ✓ Las mujeres que padecen agotamiento o debilidad no aguantan el trabajo de parto, no resisten, les cuesta tener al hijo, sienten miedo y angustia, y hasta pueden morir.
- ✓ El(la) recién nacido(a) de una mujer que sufre de debilidad es delgado, pequeño, más susceptible de enfermarse y tiene mayor riesgo de morir.
- ✓ No se establece diferencia entre vitaminas y hierro, algunas comadronas han escuchado sobre las vitaminas pero no las conocen; no saben nombres comerciales para recomendarlas a sus pacientes.
- ✓ Las vitaminas ayudan al cuerpo, le dan fuerza, apetito, buen color y complementan la dieta. Para que hagan efecto, la persona debe alimentarse y vitaminarse al mismo tiempo.

COMADRONAS

- ✓ Síntomas de embarazo son: fatiga, vahído, mareo, vómitos, falta de apetito, rechazo de algunos alimentos y dolores.
- ✓ Los términos agotamiento o debilidad corresponden clínicamente a anemia.
- ✓ Como efectos secundarios de las vitaminas identificaron: dolor de cabeza, desmayamiento (sic), mal olor o sabor en la boca, dolor de estómago.

- ✓ Existe desconfianza hacia las vitaminas que dan en los servicios de salud, porque: están podridas, tienen gusanos, están pasadas, no curan, pueden ser anticonceptivos. Si tuvieran una etiqueta con el nombre, fecha de vencimiento e indicaciones podrían saber para que sirven y si están vencidas o no.
- ✓ Las personas mayores (suegros) y los esposos se oponen a que la gente tome vitaminas, excepto cuando son recetadas y compradas.
- ✓ Prevalece el concepto de que las vitaminas son innecesarias porque antes la gente no se vitaminaba, no iba al médico y tenían el parto en su casa.
- ✓ Las comadronas estarían dispuestas a distribuir las vitaminas siempre y cuando ellas las prueben y estén seguras de que sirven. La gente se da cuenta de que sirven, cuando ha mejorado su salud.
- ✓ Las mujeres toman las vitaminas hasta en el post-parto, probablemente, por recomendación de las mismas comadronas, pues éstas insisten en que si las toman durante el embarazo, el bebé se engorda mucho y el parto resulta difícil.
- ✓ La debilidad o agotamiento se manifiesta por palidez, ojos amarillos, dolor de cabeza, sueño, cansancio, falta de ánimo para trabajar o hacer el oficio de la casa, falta de resistencia. Estos signos y síntomas corresponden con la descripción de la anemia.
- ✓ El factor causal más importante de la anemia es la falta de alimentación, la que a su vez está condicionada por los escasos recursos económicos con que cuentan.
- ✓ Reconocen que la debilidad o agotamiento puede afectar a hombres y a mujeres de cualquier edad; pero, afecta especialmente a las embarazadas.
- ✓ Reconocen que la debilidad o agotamiento durante el embarazo se asocia con incremento del riesgo materno y perinatal: la mujer no resiste los dolores de parto, se agota, puede morir, el(la) niño(a) nace deprimido(a), débil, pequeño(a) y es más susceptible de enfermar.
- ✓ El hijo ideal es grande, sano y fuerte. Sin embargo, algunos hombres reconocen que el parto natural es más difícil en esta situación y puede dar lugar a cesárea.

HOMBRES

- ✓ El embarazo se caracteriza por síntomas como: dolor de cabeza, náusea, pérdida del apetito, rechazo a ciertos alimentos, vómitos, debilidad o agotamiento y dolores.
- ✓ No establecen diferencia entre vitaminas y minerales o vitaminas y tabletas de hierro.

- ✓ Las vitaminas/hierro ayudan al cuerpo, aumentan la resistencia física, le dan acción al cuerpo; pero, no a todas ni siempre caen bien.
- ✓ Reconocen la necesidad de que las vitaminas/hierro sean recetadas por un médico y después de un examen clínico para determinar el tipo de vitamina que se debe tomar. Asimismo, que es mejor que sean compradas para tener la seguridad que son vitaminas y que son de buena calidad.
- ✓ Existe desconfianza sobre las vitaminas. Se cree que son anticonceptivos porque se parecen a las tabletas que da APROFAM. Se considera que es medicina pasada o vieja porque no hacen efecto.
- ✓ La iglesia ha recomendado no tomarlas, mientras exista la duda sobre si las vitaminas son o no anticonceptivos.
- ✓ Las vitaminas también se encuentran en algunos alimentos como la hierbamora, espinaca, berro, nabo.
- ✓ Las vitaminas deben estar debidamente empacadas y etiquetadas, ya que, eso permitiría confirmar si realmente son vitaminas.
- ✓ Algunos practicantes de religiones no creen en las medicinas, "La sanación llega a través de la oración".
- ✓ Algunas comadronas recomiendan tomar las vitaminas en el post-parto.
- ✓ La distribución puede estar a cargo de promotoras de salud o comadronas, pero deben ser sin costo o a muy bajo precio.
- ✓ La tienda no es el mejor lugar para adquirir las vitaminas, pues no hay quién les de información o les diga para qué sirven.
- ✓ En el centro o puesto de salud debe tenerse cuidado de que la medicina no se pase.
- ✓ La información sobre la anemia debe llegar a través de pequeños grupos de hombres o de mujeres, pero no mixtos.

PLAN DE TRABAJO:

A partir de septiembre de 1997, el Proyecto MotherCare está apoyando el plan de prevención y tratamiento de la anemia en las mujeres embarazadas, a través de la suplementación con ácido fólico y hierro, en las áreas de salud de Sololá, Totonicapán, Quetzaltenango, San Marcos, Retalhuleu y Suchitepéquez.

UNICEF hizo un primer donativo de 3 millones de pastillas de ácido fólico y hierro, las cuales fueron entregadas a la Jefatura de cada Área de Salud.

Las actividades propuestas en el plan de trabajo del Proyecto sobre la suplementación de ácido fólico y hierro, están basadas en los resultados de las investigaciones realizadas. Dichos resultados fueron incorporados en los

componentes ya existentes. De tal manera, que las investigaciones quedaron totalmente integradas a las otras acciones.

Las actividades desarrolladas fueron:

Capacitación y educación en servicio. En las capacitaciones sobre complicaciones obstétricas y perinatales se incluyeron contenidos sobre anemia, suplementación con ácido fólico y hierro. Asimismo, en los protocolos de manejo de las principales emergencias obstétricas, para hospitales, centros y puestos de salud, se incluyeron temas de prevención y tratamiento de la anemia.

Información, educación, comunicación y consejería. En los rotafolios y cuadernos de dibujo sobre las señales de peligro en el embarazo, se incluyó la palidez de la conjuntiva como una señal más.

Se produjeron tres cuñas de radio sobre prevención de la anemia en el embarazo y un trifoliar con información sobre la toma y efectos de las pastillas de hierro. El trifoliar sirvió para acompañar la distribución de las pastillas en los servicios de salud.

Movilización comunitaria: en las sesiones participativas que el Proyecto ha desarrollado con grupos organizados de mujeres, se trataron los temas de anemia y suplementación con ácido fólico y hierro.

Monitoreo del proceso de intervención: En 1995, el Proyecto MotherCare apoyó la Encuesta Nacional de Micronutrientes que incluyó la evaluación de la situación nutricional de hierro.

Otras actividades importantes fueron el apoyo que MotherCare proporcionó en el monitoreo de la distribución de las pastillas de ácido fólico y hierro a través de los servicios de salud y comadronas. Así como a la ejecución de tres encuestas: la de línea de base aplicada en las cuatro comunidades de énfasis (Comitancillo, Nahualá, Momostenango y San Carlos Sija); la encuesta post-intervención aplicada en 1998 y la encuesta final de 1999.

D. COMPONENTE MONITOREO DE LA INTERVENCIÓN

El componente estuvo orientado a la observación y monitoreo de la referencia de las complicaciones obstétricas y perinatales y de la calidad de atención proporcionada por los servicios de salud. Esta situación condujo a la implementación del sistema de monitoreo computarizado en cada hospital y al monitoreo de la calidad de atención. Este último incluyó la encuesta sobre el grado de satisfacción de las usuarias que demandan el servicio, el monitoreo de las actividades de información, educación y comunicación (con énfasis en la transmisión de las cuñas radiales) y la encuesta sobre cambios de comportamiento.

IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE MONITOREO COMPUTARIZADO:

El Proyecto MotherCare desarrolló la capacitación sobre recolección, análisis y uso de la información obtenida en el monitoreo hospitalario. Para la recolección de la información, el proyecto proporcionó a cada uno de los hospitales el libro de monitoreo para ser usado específicamente en la sala de maternidad.



Los datos registrados en el libro son los siguientes:

- ✓ Número de historia clínica.
- ✓ Nombre de la paciente.
- ✓ Edad (en años).
- ✓ Municipio de procedencia.
- ✓ Grupo étnico.
- ✓ Escolaridad.
- ✓ Número de gestas o embarazos.
- ✓ Años desde el último parto.
- ✓ Parto hospitalario previo.
- ✓ Uso de métodos de planificación familiar, alguna vez.
- ✓ Examen de Papanicolau.
- ✓ Fecha de ingreso.

- ✓ Hora de ingreso.
- ✓ Último control prenatal (3er. Trimestre) lugar de realización.
- ✓ Referencia al servicio.
- ✓ Asistencia al servicio acompañada por la comadrona.
- ✓ Tipo de complicación que presentó la Madre.
- ✓ Tipo de Complicaciones del Recién Nacido.
- ✓ Atención intrahospitalaria de la paciente (intervención realizada).
- ✓ Fecha de la atención.
- ✓ Hora de la atención.
- ✓ Tratamiento médico recibido.
- ✓ Persona que atendió el parto.
- ✓ Condiciones de la madre.
- ✓ Condiciones del recién nacido.
- ✓ Apgar en el recién nacido: en 1 minuto, en 5 minutos
- ✓ Deseo de un embarazo antes de 2 años.
- ✓ Deseo de usar un método para espaciar su embarazo.
- ✓ Método a utilizar.
- ✓ Fecha de egreso.

Actualmente, el libro de monitoreo se utiliza en los hospitales de Quetzaltenango, Sololá, San Marcos, Suchitepéquez y Retalhuleu. Únicamente el hospital de Totonicapán llena las fichas perinatales.

Para la sistematización de la información, el Proyecto donó a cada hospital departamental una computadora donde se ingresan los datos recabados. Al mismo tiempo, les brindó la asistencia técnica necesaria para su instalación, configuración y procesamiento de los datos. La

información obtenida se discute y analiza en las reuniones mensuales de los hospitales, esto sirve de apoyo en la toma de decisiones gerenciales de la dirección del hospital y de la jefatura de los servicios de maternidad.

A través del proyecto, se han promovido reuniones interhospitalarias para intercambiar experiencias acerca del monitoreo realizado.

MONITOREO DE LA TRANSMISION DE LAS CUÑAS RADIALES

En enero de 1998, el proyecto MotherCare realizó una encuesta transversal de audiencia de radio, específicamente de las cuñas sobre señales de peligro en el embarazo y de prevención de la anemia elaboradas por el componente de Información, Educación y Comunicación.

Las cuñas radiales, objeto del monitoreo, fueron transmitidas diariamente, una diferente cada mes, (abril de 1997 a mayo de 1998), en dos radios contratadas por el Proyecto, Radio Retama en San Marcos y Radio la Voz de Nahualá en Nahualá, Sololá. En otras radios, la transmisión se llevó a cabo en forma voluntaria: radio Momostenango en Totonicapán, Radio La Buena Nueva en San Marcos y Radio Tecún Umán en Quetzaltenango. Durante este tiempo, la Radio Retama transmitió una cuña 10 veces al día y la Radio la Voz de Nahualá de 12 hasta 24 veces al día.

Para el desarrollo de la encuesta, se seleccionó una muestra aleatoria de mujeres en edad reproductiva residentes en comunidades seleccionadas por conveniencia (cabecera municipal y dos aldeas del municipio que cuentan con un servicio de salud del MSPyAS), pertenecientes a los municipios de énfasis. En cada municipio se entrevistaron alrededor de 130 mujeres en edad reproductiva, unidas o casadas, embarazadas y/o con un hijo, hasta alcanzar un total de 530 mujeres entrevistadas (ver cuadro 1).

Cuadro 1
COMPOSICIÓN DE LA MUESTRA
POR LUGAR

LUGAR	n	%
Nahualá, Sololá	138	26
Momostenango, Totonicapán	131	25
San Carlos Sija, Quetzaltenango	131	25
Comitancillo, San Marcos	130	24
TOTAL	530	100

Fuente: Informe de Progreso, Enero - Marzo 1999, MotherCare/Guatemala.

RESULTADOS:

Entre las características de la muestra se pudo determinar que: mientras que en San Carlos Sija el 61% de las mujeres entrevistadas saben leer, sólo el 29% de las de Nahualá saben hacerlo. Más de la mitad de las mujeres nunca asistió a la escuela; la mayoría (82%) habla un idioma maya en su hogar y de ellas 54% son

bilingües (hablan también el español); 199 (46%) sólo hablan un idioma maya. El cuadro 2 resume las características de la muestra.

Cuadro 2
CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

CARACTERÍSTICA	n	%
No sabe leer.	301	57
No asistió a escuela o no ganó algún grado.	301	57
Habla idioma maya en su casa	434	82
Bilingüe en idioma maya y español.	235	54
Estado civil casada.	347	66

Fuente: Informe de Progreso, Enero - Marzo 1999, MotherCare/Guatemala.

En promedio, la edad de las mujeres entrevistadas fue de 30 años y tienen entre 4 y 5 hijos vivos.

La mayoría de las entrevistadas (78%) dijo que escuchaba radio diariamente. La preferencia de la audiencia se distribuyó así: 87 mujeres (67%) en Comitancillo mencionaron la Radio Retama; 80 mujeres (60%) en Nahualá mencionaron la radio La Voz de Nahualá y 76 mujeres (58%) en Momostenango mencionaron la radio Momostenango.

También, se les preguntó a las mujeres si habían escuchado en la radio avisos o consejos sobre embarazo, anemia y espaciamiento de embarazos.

Los resultados de las tres preguntas se presentan en los cuadros 3, 4, 5 y 6.

Cuadro 3
PORCENTAJES DE AUDIENCIA DE CUÑAS DE RADIO POR RADIO ESCUCHADA

Audiencia de Cuñas	ESCUCHAN RADIO			
	La Voz de Nahualá	Retama	Momos-tenango	Sólo otra radio
Ha Escuchado sobre:	N=80	N=87	N=76	N=230
Embarazo	82	80	64	43
Anemia	59	41	51	23
Planificación familiar	31	56	38	45

Fuente: Informe de Progreso, Enero - Marzo 1999, MotherCare/Guatemala.

Cuadro 4
CUÑAS ESPECIFICAS QUE RECUERDA

Qué recuerda de mensajes sobre embarazo?	%	
	N	n=282
Ir al control prenatal	114	40
Ir al hospital en caso de complicación	54	19
Niño en posición anormal	50	18
Hinchazón de cara y manos	30	11
Buscar a comadrona	30	11
Hemorragia Vaginal	28	10
Dolores antes de tiempo	27	10

Fuente: Informe de Progreso, Enero - Marzo 1999, MotherCare/Guatemala.

Cuadro 5
ASPECTOS DE CUÑAS DE ANEMIA QUE RECUERDA

Qué recuerda de mensajes sobre anemia?	%	
	N	n=175
Algún síntoma de anemia	51	29
Alimentarse en el embarazo	47	26
Alguna consecuencia negativa	29	17
Tomar vitaminas	21	12

Fuente: Informe de Progreso, Enero - Marzo 1999, MotherCare/Guatemala.

Cuadro 6
ASPECTOS DE LA CUÑA DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE
RECUERDA

Qué recuerda de mensajes sobre planificación familiar?	%	
	N	n=204
Un método	43	21
APROFAM	42	21
Por la salud de la madre	39	19
Por la salud del niño	30	15
Otra	30	15

Fuente: Informe de Progreso, Enero - Marzo 1999, MotherCare/Guatemala.

No se encontró alguna relación entre nivel de escolaridad y el haber escuchado alguna cuña sobre embarazo o anemia, pero sí entre nivel de escolaridad y haber escuchado en la radio algo sobre planificación familiar.

El 96% de las mujeres expresaron su aprobación sobre la transmisión radial de consejos relacionados con el embarazo y 85% dijo lo mismo sobre consejos de planificación familiar. La mayoría de las mujeres que desaprobaban la transmisión radial de éstos residen en Momostenango, Totonicapán.

Las razones para su desaprobación se refieren a la influencia negativa que puede tener en niños(as) y mujeres jóvenes. Estas tienen su origen en la religión, la cual considera pecado planificar la familia.

En cuanto al conocimiento de las señales de peligro en el embarazo, el 62% de las

mujeres entrevistadas contestaron conocerlas; sin embargo, las diferencias entre lugares de residencia fueron significativas. En Nahualá, el 76% dijeron conocerlas, mientras que en Comitancillo solamente el 39%.

Cuadro 7
ENTREVISTADAS QUE CONOCEN
SOBRE SEÑALES DE PELIGRO EN EL
EMBARAZO POR LUGAR Y POR
AUDIENCIA DE RADIO

Categorías de Entrevistadas por Lugar y Audiencia de Radio	Conocen señales de peligro	
	N	%
Todas las entrevistadas N=530	330	62
Nahualá N=138	105	76
Comitancillo N=130	51	39
Momostenango N=131	87	66
San Carlos Sija N=131	87	66
Escucha Radio Nahualá N=80	64	80
Escucha Radio Retama N=80	42	48
Escucha Radio Momostenango N=80	52	68
Escucha otra radio N=230	145	63
No escuchan radio N=58	28	48

Fuente: Informe de Progreso, Enero - Marzo 1999, MotherCare/Guatemala

En cuanto a las entrevistadas que afirmaron conocer señales de peligro en el embarazo, el 50% mencionó la hemorragia vaginal. La tercera parte, mencionó: los dolores de parto antes de tiempo, la debilidad o anemia y la mala posición del niño. Un 41% mencionó señales de peligro propios del parto y post-parto.

A cada entrevistada que dijo conocer las señales de peligro en el embarazo se le sumó el total de señales que mencionó espontáneamente (el máximo fue 6) y luego se calculó el promedio de señales mencionadas por el grupo. De las entrevistadas que dijeron haber escuchado sobre señales de peligro el 3.6% no pudo mencionar alguna. El promedio de señales mencionadas por las entrevistadas fue 2.08.

En cuanto al conocimiento de las mujeres sobre la acción a realizar en caso de presentarse una complicación en el embarazo, se obtuvieron los siguientes resultados: 60% de ellas contestó que debía ir al Centro de Salud y el 34% al hospital. Sin embargo, 34% mencionaron además alguna otra acción, principalmente el relacionado a dar un remedio casero. Ver cuadro 8.

Cuadro 8
 ACCIÓN MENCIONADA POR LAS MUJERES ENTREVISTADAS ANTE UNA COMPLICACION

Acción si tiene señal de peligro	%	
	n	n= 330
Ir al Centro de Salud	197	60
Ir al Hospital	111	34
Llamar a la Comadrona	71	22
Otra (ej. Remedio casero)	111	34

Fuente: Informe de Progreso, Enero - Marzo 1999, MotherCare/Guatemala.

Tomando en consideración que, antes de que salieran al aire las cuñas radiales, elaboradas por el Proyecto, no se escuchaban por esta vía mensajes sobre embarazo o anemia, se puede afirmar que los resultados de la estrategia de radio, aunque modestos, son estimulantes.

III. ¿QUE HEMOS LOGRADO EN ESTOS CINCO AÑOS?

El esfuerzo realizado, durante estos cinco años, por todos los participantes en esta experiencia se ve traducido en los resultados alcanzados, lo que ha sido satisfactorio, ya que consideramos que hemos contribuido a la reducción de la mortalidad materna y perinatal en la Región Suroccidental del país.

El Plan de Evaluación del Proyecto MotherCare permite conocer lo alcanzado en cada uno de los objetivos planteados, a través de indicadores de rendimiento, de resultados y de impacto. El mismo se describe a continuación:

A. PLAN DE EVALUACIÓN

OBJETIVO 1

MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNA Y PERINATAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS SEIS ÁREAS DE INTERVENCIÓN

INDICADORES		
DE RENDIMIENTO	DE RESULTADO	DE IMPACTO
<ul style="list-style-type: none"> • Tutores preparados para capacitar de acuerdo a las competencias basadas en el curriculum. • Curriculum de enfermería, desarrollado. • Guías para capacitación de médicos, desarrolladas. • Protocolos para el manejo de complicaciones obstétricas y perinatales, desarrollados y distribuidos. • Boletines de MotherCare, elaborados y distribuidos en Guatemala. • Porcentaje de enfermeras, auxiliares de enfermería y médicos, exitosamente capacitados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de mujeres atendidas en el hospital y quienes se les llenó el partograma. • Porcentaje de partogramas llenados correctamente. • Hospitales que tienen implementado el uso de protocolos para el manejo de complicaciones obstétricas y perinatales. 	<ul style="list-style-type: none"> • % de cesáreas. • Muerte perinatal por causa. • Muerte perinatal por tiempo (período de la muerte: óbito, mortinato, primera semana de vida).

OBJETIVO 2

FORTALECER AL HOSPITAL PARA EL REGISTRO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

INDICADORES		
DE RENDIMIENTO	DE RESULTADO	DE IMPACTO
<ul style="list-style-type: none"> • Hospitales que registran y procesan información. • Hospitales que analizan y usan la información. • Hospitales con computadoras. • Personal capacitado en uso de información, por hospitales. 	<ul style="list-style-type: none"> • % de hospitales que monitorean correctamente (formulario de registro). • % de hospitales que usan la información en la resolución de problemas (intercambio de información con el personal). • % de mujeres embarazadas que acuden a los servicios y que pueden mencionar "x" número de señales de peligro durante el embarazo, parto y post-parto. 	<ul style="list-style-type: none"> • % de mujeres cuyo parto es atendido en el hospital y quienes al menos tuvieron un control prenatal institucional durante el tercer trimestre. • % de comadronas que pueden mencionar x número de señales de peligro durante el embarazo, parto y postparto. • % de comadronas que están dispuestas a referir por señales de peligro. • % de comadronas que reportan cambios en sus prácticas. • % de mujeres embarazadas atendidas en los servicios y que fueron referidas para control prenatal por las comadronas. • Distribución de causas de muerte materna por hospital. • Número de directores de hospitales que pueden cuantificar correctamente: <ul style="list-style-type: none"> a. % de cesáreas b. Número de muertes maternas. c. Número de muertes perinatales.

OBJETIVO 3

AUMENTO DEL USO DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS POR MUJERES CON COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO Y EL POST-PARTO

INDICADORES		
DE RENDIMIENTO	DE RESULTADO	DE IMPACTO
<ul style="list-style-type: none"> • Número de comadronas capacitadas. • Número de enfermeras y auxiliares de enfermería de centros y puestos de salud capacitadas. • Número de actividades de IEC en la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de actividades iniciadas por grupos de mujeres, después de completadas las sesiones (más de 3). • Aumentar la cobertura de demanda hospitalaria por complicaciones. • Mejorar el conocimiento de la comunidad sobre señales de peligro. • % de comadronas que acompañan a sus pacientes al hospital para el parto. • % de mujeres que tuvieron el parto en el hospital y que fueron referidas por comadronas, por complicaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • % de cesáreas basadas en la comunidad. • Tasa de mortalidad perinatal hospitalaria por mortinato y nacidos prematuros. • Distribución de las causas de mortalidad materna hospitalaria, por hospital.

OBJETIVO 4

AUMENTAR EL CONOCIMIENTO DE ANEMIA Y AUMENTAR EL USO DE LA SUPLEMENTACIÓN CON HIERRO

INDICADORES DE RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> • % de mujeres embarazadas que recibieron tabletas de hierro a través de comadronas, centros o puestos de salud. • % de mujeres embarazadas que fueron atendidas en los servicios y que recibieron materiales educativos sobre anemia. • % de mujeres embarazadas que recuerdan spots de radio acerca de anemia, hayan sido o no atendidas en los servicios.

OBJETIVO 5

AUMENTO DE LA PARTICIPACIÓN DE HOGARES Y COMUNIDADES DIRIGIDA A PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SALUD REPRODUCTIVA Y PERINATAL A TRAVÉS DE ESFUERZOS DE MOVILIZACIÓN COMUNITARIA.

	INDICADORES	
DE RENDIMIENTO	DE RESULTADO	DE IMPACTO
<ul style="list-style-type: none"> • Número de comadronas capacitadas. • Número de materiales de IEC distribuidos en la comunidad. • Número de spots de radio al aire. • Número de grupos de mujeres con capacitación completa. • Número de comunidades con actividades para formación de grupos. • Resultados del estudio perinatal. • Recomendaciones para intervenir la mortalidad perinatal. • Un comité formado por comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de mujeres y hombres con conocimiento acerca de la calidad de servicios prenatales y de atención de parto, proporcionados por los proveedores de salud. • % de mujeres de edad reproductiva que recuerdan haber escuchado algún spot de radio sobre embarazo, anemia o planificación familiar. • % de mujeres embarazadas que pueden mencionar de 2 a 6 señales de peligro durante el embarazo; entre 2 y 5 durante el parto; entre 2 y 4 durante el post-parto y entre 2 a 8 señales de peligro del recién nacido hayan sido o no atendidos por los servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de maternidades comunitarias. -funcionando -planificadas

B. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

Para una mejor comprensión de los resultados, los mismos están agrupados acorde con los componentes siguientes:

- A. Capacitación
- B. Movilización comunitaria
- C. Información, educación y comunicación
- D. Monitoreo de la intervención

A. CAPACITACIÓN

a. Materiales Elaborados

Se elaboró un curriculum para la capacitación tutorial sobre complicaciones obstétricas y perinatales. Dicho curriculum se distribuyó al personal de enfermería participante.

Se diseñaron dos guías para la capacitación de médicos. Éstas fueron aplicadas en la capacitación tutorial.

Se elaboraron tres protocolos para el manejo de las principales emergencias obstétricas y perinatales, dos para uso hospitalario y uno para uso en centros y puestos de salud. Su distribución fue la siguiente:

PROTOCOLOS PARA USO HOSPITALARIO DISTRIBUIDOS
SEGÚN DEPARTAMENTO Y TIPO DE USUARIO
Guatemala, septiembre 1994 - agosto 1999

DEPARTAMENTO	PROTOCOLOS/USUARIOS	
	PERSONAL CAPACITADO	PARA USO EN EL SERVICIO DE MATERNIDAD
Quetzaltenango	80	4
San Marcos	71	4
Sololá	55	5
Totonicapán	73	3
Retalhuleu	59	4
Suchitepéquez	94	3
OTROS:		
Escuelas de enfermería	150	
ONG's	80	
Depto. Materno Infantil del MSPyAS.	100	
TOTAL	762	23

Fuente: Registros administrativos, Proyecto MotherCare II, Guatemala, julio 1999.

PROTOCOLOS PARA USO EN CENTROS Y PUESTOS DE SALUD
DISTRIBUIDOS, SEGÚN DEPARTAMENTO
Guatemala, septiembre 1994-agosto 1999.

DEPARTAMENTO	PROTOCOLOS
Quetzaltenango	33
San Marcos	190
Sololá	97
Totonicapán	93
Retalhuleu	65
Suchitepéquez	104
10 distritos de salud de Huehuetenango	40
SUBTOTAL	622 (59.46%)
Otros:	
Departamento Materno Infantil MSPyAS	100
Escuelas de Enfermería de Quetzaltenango y Guatemala	150
ONG's locales (HOPE, PIES, CARE etc.)	174
TOTAL	1,046

Fuente: Registros administrativos, Proyecto MotherCare II, Guatemala, julio 1999.

b. CAPACITACIÓN EN COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS-PERINATALES Y
COMUNICACIÓN INTERPERSONAL:

PERSONAL DE SALUD DE CENTROS Y PUESTOS DE SALUD CAPACITADO
EN COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS - PERINATALES,
Y COMUNICACIÓN INTERPERSONAL
SEGÚN DISCIPLINA Y ÁREA DE SALUD
Guatemala, septiembre 1994-agosto 1999.

Área de salud	Personal de salud				Jefatura Área de Salud	ONGs	CATs	Otros	Total
	Médico	Enfermera	Auxiliar de Enfermería	TSR					
San Marcos	25	17	137	1	5	1	1	4	191
Totonicapán	11	8	60	4	8	8	2	0	101
Sololá	10	10	71	1	4	6	1	0	103
Quetzaltenango	1	6	25	0	1	0	0	0	33
Retalhuleu	7	7	41	6	3	0	1	0	65
Suchitepéquez	12	14	59	12	3	1	0	4	105
TOTAL	66	62	393	24	24	16	5	8	598

Fuente: Registros estadísticos, Proyecto MotherCare II. Guatemala, julio 1999.

PERSONAL HOSPITALARIO CAPACITADO
EN COMUNICACIÓN INTERPERSONAL,
SEGUN ÁREA DE SALUD
Guatemala, septiembre 1994-agosto 1999.

ÁREA DE SALUD	TOTALES
San Marcos	50
Totonicapán	72
Sololá	65
Retalhuleu	144
Suchitepéquez	200
Malacatán	73
TOTAL	604

Fuente: Registros estadísticos, Proyecto MotherCare II. Guatemala, julio 1999.

c CAPACITACIÓN DE FACILITADORES DE COMADRONAS:

PERSONAL DE SALUD QUE RECIBIÓ LA CAPACITACIÓN
COMO FACILITADOR DE COMADRONAS,
SEGÚN DISCIPLINA Y ÁREA DE SALUD
Guatemala, septiembre 1994-agosto 1999

Área de salud	Personal de salud				Jefatura Área de Salud	ONG	CAT	Total
	Médico	Enfermera	Auxiliar de Enfermería	TSR				
San Marcos	6	20	40	0	2	1	2	71
Totonicapán	2	8	24	2	1	9	4	50
Sololá	2	6	37	1	1	8	3	58
Quetzaltenango	1	6	9	1	2	12	1	32
Retalhuleu	11	10	43	3	2	0	0	69
Suchitepéquez	5	16	61	2	1	0	0	85
TOTAL	27	66	214	9	9	30	10	365

Fuente: Registros estadísticos, Proyecto MotherCare II. Guatemala, julio 1999.

d. CAPACITACIÓN TUTORIAL:

1. MÉDICOS:

Entre septiembre de 1994 y agosto de 1999, se llevó a cabo la capacitación tutorial de médicos hospitalarios de las áreas de salud de San Marcos, Totonicapán y Sololá. De éstas, Totonicapán y Sololá alcanzaron la mayor cobertura de médicos capacitados (90% ambas), la cual, probablemente estuvo influenciada por una mayor disponibilidad que mostraron los médicos con respecto a la actividad. Del total de médicos programados se capacitó el 54.28%.

Los médicos de los hospitales de Suchitepéquez y Retalhuleu no participaron en la capacitación tutorial, sino que solamente en el seguimiento.

MÉDICOS HOSPITALARIOS DE TRES ÁREAS DE SALUD
PARTICIPANTES EN LA CAPACITACION TUTORIAL
SOBRE MANEJO DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICO-PERINATALES
Guatemala, septiembre 1994-agosto 1999.

ÁREA DE SALUD	MÉDICOS PROGRAMADOS	MÉDICOS CAPACITADOS	PORCENTAJE
San Marcos	15	1	6.66
Totonicapán	10	9	90.00
Sololá	10	9	90.00
TOTAL	35	19	54.28

Fuente: Sistematización de la capacitación tutorial en complicaciones obstétricas y perinatales para médicos. Mayo 1997-mayo 1998. Proyecto MotherCare. Guatemala, enero de 1999. Datos actualizados hasta agosto de 1999.

Como parte de la capacitación tutorial, se pasó a los médicos participantes un pre-test y un post-test con el propósito de evaluar el nivel de conocimientos antes y después del proceso. En general, el promedio de notas alcanzado en el pre-test, en las tres áreas de salud, fue bajo (51 puntos). Por área de Salud no hubo mucha diferencia entre Sololá y Totonicapán (59.3 y 61.3 puntos respectivamente) pero sí comparativamente menor en San Marcos donde el promedio fue de 32 puntos. Sin embargo, en el post-test la diferencia entre las tres áreas fue escasa, lográndose un promedio general de 76.4 puntos. Sin embargo, San Marcos duplicó el resultado del pre-test.

PROMEDIOS OBTENIDOS EN EL PRE-TEST Y POST-TEST
 "CONOCIMIENTOS OBSTÉTRICOS Y PERINATALES"
 CAPACITACIÓN TUTORIAL DIRIGIDA A MÉDICOS HOSPITALARIOS,
 SEGÚN HOSPITAL DE INTERVENCIÓN
 Guatemala, septiembre 1994-agosto 1999

HOSPITAL	PRE-TEST*	POST-TEST *
Sololá	59.3	79.4
Totonicapán	61.3	79.8
San Marcos	32	70
PROMEDIO GENERAL	51	76.4

Fuente: Sistematización de la capacitación tutorial en complicaciones obstétricas y perinatales para médicos. Mayo 1997-mayo 1998. Proyecto MotherCare. Guatemala, enero de 1999

* escala de puntaje de 1-100

2. ENFERMERAS:

Los logros obtenidos en el alcance de la meta de enfermeras y auxiliares de enfermería capacitadas ha sido significativa en las cinco áreas de salud, ya que la cobertura actual es de 80 y 89% respectivamente. El análisis particular por Área de Salud es similar en el caso de las enfermeras, no así en el de las auxiliares de enfermería, específicamente en el departamento de Retalhuleu, en donde solamente se alcanzó un 63% de cobertura, lo cual se debe a que aún se continúa con la capacitación de este personal.

ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA HOSPITALARIAS
 QUE PARTICIPARON EN LA CAPACITACIÓN TUTORIAL
 SOBRE MANEJO DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICO-PERINATALES
 SEGÚN ÁREA DE SALUD
 Guatemala, septiembre 1994-agosto 1999

Área de salud	Enfermeras		Auxiliares de enfermería		Personal en proceso sostenible *	Total capacitados
	Programadas	Capacitadas	Programadas	Capacitadas		
San Marcos	16	13	16	15	19	47
Totonicapán	13	11	12	15	8	34
Sololá	8	7	13	14	9	30
Retalhuleu	14	13	30	19	13	45
Suchitepéquez	16	13	25	20	17	50
Malacatán *	9	4	28	28	12	44
TOTAL	76	61(80 %)	124	111 (89%)	78	250

Fuente: Sistematización de la capacitación tutorial en complicaciones obstétricas y perinatales para personal de enfermería, mayo 1997-mayo 1998. Proyecto MotherCare. Guatemala, enero de 1999. Datos actualizados hasta julio de 1999.

* Malacatán aún se encuentra en proceso de capacitación.

En relación a los resultados del pre-test y post-test es importante mencionar que en general, el promedio se incrementó en un 62% para las enfermeras y en un 95% en las auxiliares de enfermería. Estos resultados constituyen un índice del impacto que la capacitación tuvo en este personal, probablemente por el interés y aceptación hacia la actualización de conocimientos, dado que a este recurso humano, desde hace muchos años se le ha asignado dentro de sus funciones la atención de partos.

PROMEDIOS OBTENIDOS EN EL PRE-TEST Y POST-TEST
 "CONOCIMIENTOS OBSTÉTRICOS Y PERINATALES"
 CAPACITACIÓN TUTORIAL DIRIGIDA A PERSONAL DE ENFERMERÍA,
 SEGÚN ÁREA DE SALUD
 Guatemala, septiembre 1994-agosto 1999.

HOSPITAL	ENFERMERAS		AUXILIAR DE ENFERMERÍA	
	PRE-TEST*	POST-TEST*	PRE-TEST*	POST-TEST*
Sololá	56.3	98.7	45.7	94.8
Totonicapán	57.2	87.7	58	89
San Marcos	50.1	89.4	41.6	89.4
Retalhuleu	70.2	87.2	59.5	90.5
Suchitepéquez	38.7	80	29	93.2
Promedio general pre-test y post-test	54.5	88.6	46.8	91.3

Fuente: Sistematización de la capacitación tutorial en complicaciones obstétricas y perinatales para personal de enfermería, mayo 1997-mayo 1998. Proyecto MotherCare. Guatemala, enero de 1999.

* = escala de puntaje 1-100

3. EVALUACIÓN

Se llevaron a cabo dos evaluaciones externas referidas al tipo de competencia de médicos y enfermeras. La primera en mayo de 1998 proveyó información de medio término para adecuación del proceso de capacitación. La evaluación final en junio 1999, que permitió comparar los resultados de los grupos capacitados con un grupo no capacitado, considerado como línea de base. Algunos resultados obtenidos en la evaluación final se describen a continuación:

RESULTADOS OBTENIDOS EN LA EVALUACIÓN EXTERNA
 "MANEJO DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PERINATALES"
 CAPACITACIÓN TUTORIAL DIRIGIDA A MÉDICOS Y PERSONAL DE ENFERMERÍA, SEGUN COMPETENCIAS CLÍNICAS
 Guatemala, junio 1999

COMPETENCIA	PUNTOS TOTALES ESPERADOS	CAPACITADOS n=22	LÍNEA DE BASE N=24	VALOR P
Partograma	50	40.9 (82%)	12.3 (25%)	< 0.001
Parto podálico	24	11.0 (46%)	7.5 (31%)	0.01
Reanimación del recién nacido	40	22.8 (57%)*	20.3 (51%)	0.05
Hemorragia post-parto	28	20.6 (74%)	16.2 (58%)	0.005
Total		64%*	41%	< 0.001

*n= 21 capacitados.

Fuente: Guatemala Training Evaluation Report, MotherCare. Guatemala, June 1999.

Los proveedores de salud que recibieron la capacitación de MotherCare, fueron más capaces que los proveedores de la línea basal, de desempeñar tres de cuatro competencias. Para poder entender estas diferencias, la habilidad de desempeñar una competencia en particular en un escenario de caso, se comparó entre el grupo capacitado y la línea de base. Diferencias en habilidades identificadas como estadísticamente significativa ($P < 0.05$) y aquellas que se acercan a la significancia estadística ($0.05 > P < 0.1$). La destreza donde la diferencia es muy significativa es el partograma ($p < 0.001$). Fueron además significativas las diferencias en otras destrezas como atención de parto en podálica y hemorragia post parto ($p= 0.01$ y $p=0.005$ respectivamente). Debe considerarse que el partograma no es una práctica regular en los servicios de salud y el personal (con excepción del personal capacitado por el proyecto) no ha recibido capacitación en el uso del mismo, aún cuando sí se incluye en las normas nacionales.

RESULTADOS OBTENIDOS EN LA EVALUACIÓN EXTERNA
 "MANEJO DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PERINATALES"
 CAPACITACIÓN TUTORIAL DIRIGIDA A MÉDICOS Y PERSONAL DE ENFERMERÍA
 NIVEL DE CONFIANZA REPORTADO
 Guatemala, junio 1999.

DESTREZA	Comparación proveedores capacitados y proveedores de línea de base			
	Puntos totales posibles	Proveedores Capacitados n = 23	Proveedores Línea de base n = 25	Valor P
ATENCION PRENATAL	32	25 (78 %)	20.7 (65%)	0.17
ATENCION DURANTE TRABAJO DE PARTO	32	26.5 (83 %)	20.9 (65 %)	0.008
ATENCION DEL RECIEN NACIDO	8	7.1 (89 %)	5.5 (69 %)	0.003
ATENCION POST PARTO	4	3.3 (83 %)	2.8 (70 %)	0.13
TOTAL PUNTOS	76	61.9 (81 %)	49.8 (66 %)	0.02

Fuente: Guatemala Training Evaluation Report. Proyecto MotherCare. Guatemala, June 1999.

El nivel de confianza fue evaluado tanto para médicos como para personal de enfermería y los datos se presentan agrupados. El instrumento de nivel de confianza para el manejo de destrezas fue de auto evaluación. Los proveedores que recibieron la capacitación tutorial, reportaron un mayor nivel de confianza en el desempeño de las habilidades necesarias para proveer atención durante el embarazo, parto, post parto y recién nacido.

e. OTRAS CAPACITACIONES

1. PARTOGRAMA

Para conocer el logro de los indicadores: porcentaje de mujeres atendidas en el hospital que se les llenó el partograma y porcentaje de partogramas llenados correctamente, se presenta la información correspondiente al personal hospitalario que fue capacitado en el uso del partograma y luego el uso del mismo.

PERSONAL DE SALUD HOSPITALARIO
CAPACITADO EN EL USO DE PARTOGRAMA
SEGÚN ÁREA DE SALUD
Guatemala, septiembre 1994-agosto 1999

ÁREA DE SALUD	TOTAL
San Marcos	18
Totonicapán	24
Sololá	19
Retalhuleu	55
Suchitepéquez	103
Malacatán	45
Total	264

Fuente: Registros estadísticos, Proyecto MotherCare II. Guatemala, julio 1999.

USO DE PARTOGRAMA EN LA ATENCIÓN DEL PARTO HOSPITALARIO
SEGÚN HOSPITAL DE INTERVENCIÓN
Guatemala, mayo 1999 *

HOSPITAL	TOTAL PARTOS ATENDIDOS/ REGISTROS REVISADOS	USO DE PARTOGRAMA		LLENADO CORRECTO
		No.	%	%
San Marcos	233/ 100	27	27	51
Totonicapán	136/ 100	30	30	77
Sololá	65/ 65	36	55	65
Retalhuleu	224/ 100	67	67	67
Suchitepéquez	245/ 150	30	20	52
TOTAL	903/515	190	37	62

Fuente: Registros estadísticos del Proyecto MotherCare. Julio 1999.

*Observaciones: los datos procesados corresponden al período del 1 al 31 de mayo de 1999.

Debido a las restricciones de tiempo no fue posible revisar el total de registros de cada uno de los hospitales donde el partograma fue introducido como una práctica rutinaria para el monitoreo de labor y el parto. Una muestra al azar fue seleccionada dentro de los partos que se consideraron como aplicables para uso de partograma, es decir fueron excluidos de la muestra las cesáreas electivas o los ingresos con diagnóstico de óbito fetal. En promedio la utilización del partograma es baja, aunque si consideramos que

previo a la intervención del proyecto la utilización del partograma era de cero, sí existe una diferencia importante. La utilización más alta del partograma se observa en los hospitales de Retalhuleu y Sololá. Para clasificar el llenado correcto o no, se tomaron en cuenta cinco aspectos:

1. Estaban escritos y completos los datos generales de la paciente.
2. Control y anotación de la frecuencia cardíaca fetal
3. Control y anotación de la dilatación cervical (traza la línea de acción)
4. Anotación del descenso de la cabeza fetal
5. Control y anotación de signos vitales de la paciente.

El llenado en general es bueno, debiéndose el promedio de punteo bajo a la falta de anotación del descenso de la cabeza fetal, destreza que se considera de alta complejidad. Mientras que la dilatación cervical y traza la línea de acción fueron mejor llenados, al igual que la frecuencia cardíaca fetal.

2. SISTEMA DE MONITOREO

A los seis hospitales se les donó un equipo de computación para utilizarlo en la incorporación de la información que apoye el monitoreo de la mortalidad materna y perinatal. En cada hospital se capacitó a personal en el procesamiento y análisis de la información.

PERSONAL CAPACITADO EN PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN
SEGÚN HOSPITAL DE INTERVENCIÓN
Guatemala, septiembre 1995 - julio 1999.

HOSPITAL	PERSONAL CAPACITADO
San Marcos	37
Totonicapán	34
Sololá	29
Retalhuleu	40
Quetzaltenango	8
Suchitepéquez	24
TOTAL	172

Fuente: Registros estadísticos Proyecto MotherCare. Guatemala, julio 1999.

El personal capacitado en el procesamiento de la información corresponde a médicos y personal de enfermería del departamento de obstetricia, quienes tienen a su cargo el llenado del libro y el análisis de los datos; y el personal de registros médicos, quienes tienen a su cargo el ingreso de datos a la computadora.

3. CONSEJERIA

PERSONAL DE ENFERMERÍA DE CENTROS Y PUESTOS DE SALUD
CAPACITADO EN CONSEJERÍA
Guatemala, 1997-1998

PERSONAL	CAPACITADO
Enfermera	33
Auxiliar de Enfermería	176
TOTAL	209

Fuente: Registros estadísticos Proyecto MotherCare. Guatemala, julio 1999.

Observaciones: Además se capacitaron a 130 técnicos de ONG's locales.

La capacitación en consejería se enfocó en contenidos de control prenatal y detección de complicaciones durante el embarazo. Y estuvo dirigida a personal de los cuatro distritos de énfasis: Nahualá, Momostenango, Comitancillo y San Carlos Sija.

B MOVILIZACIÓN COMUNITARIA

a. COMADRONAS CAPACITADAS

Las áreas de salud de la intervención en acuerdo con este proyecto tenían como prioridad la capacitación de comadronas. Considerándoseles como un elemento clave en el proceso de intervenciones a nivel comunitario.

COMADRONAS CAPACITADAS EN
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PERINATALES
SEGÚN DEPARTAMENTO.

Guatemala, 1994-1999

DEPARTAMENTO	COMADRONAS CAPACITADAS		
	CAPTADAS	NUEVAS*	TOTAL
San Marcos	1033	200	1233
Sololá	629	80	709
Totonicapán	856	65	921
Quetzaltenango	142	20	162
Suchitepéquez	22	—	22
Retalhuleu	323	80	403
TOTAL	3005	445	3450

Fuente: Registros estadísticos del Proyecto MotherCare. Guatemala, julio 1999.

* El término comadronas "nuevas" se refiere a comadronas empíricas que no habían sido captadas por los servicios de salud.

Un total de 3,450 comadronas fueron capacitadas, que para las áreas de Sololá, Totonicapán, San Marcos y Retalhuleu, constituyen el 100 % de las comadronas. En Quetzaltenango sólo se incluyeron las comadronas que por diversas razones no habían sido capacitadas en la fase I del proyecto. En Suchitepéquez las comadronas fueron capacitadas por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y ONGs locales. Utilizando siempre metodología participativa y material del proyecto MotherCare.

La evaluación de capacitación de comadronas permitió conocer en forma cualitativa, los principales resultados de la capacitación.

SEÑALES DE PELIGRO DURANTE EL EMBARAZO
MENCIONADAS POR LAS COMADRONAS
Guatemala, abril de 1998

SEÑAL DE PELIGRO	MENCIÓN ESPONTÁNEA	MENCIÓN INCITADA	TOTAL	%
Hinchazón de cara y manos	56	47	103	97
Hemorragia	54	48	102	96
Niño en posición anormal	46	57	103	97
Ruptura prematura de membranas	25	78	103	97
Dolores antes de tiempo	25	69	103	97
Cesárea previa	7	85	92	87
Otra	33	—	33	31

Fuente: Evaluación de la capacitación de comadronas tradicionales. Proyecto MotherCare/Guatemala. Elena Hurtado. Informe Final, pág. 9, abril 1998.

SEÑALES DE PELIGRO DURANTE EL PARTO
MENCIONADAS POR LAS COMADRONAS
Guatemala, abril de 1998.

SEÑAL DE PELIGRO ESPONTÁNEA	MENCIÓN INCITADA	MENCIÓN	TOTAL	%
Hemorragia	55	43	98	92
Trabajo de parto prolongado	34	63	97	92
Presentación anormal	33	70	103	97
Retención de placenta	32	70	102	96
Gemelos	2	63	65	61
Otro	39	—	39	37

Fuente: Evaluación de la capacitación de comadronas tradicionales. Proyecto MotherCare/Guatemala. Elena Hurtado. Informe Final, pág. 13, abril 1998.

SEÑALES DE PELIGRO DURANTE EL POST-PARTO
MENCIONADAS POR LAS COMADRONAS
Guatemala, abril de 1998.

SEÑAL DE PELIGRO	MENCIÓN ESPONTÁNEA	MENCIÓN INCITADA	TOTAL	%
Hemorragia	49	45	94	89
Fiebre	41	57	98	92
Dolor de estómago	37	57	94	89
Flujo con mal olor	22	72	94	89
Otra	25	—	25	24

Fuente: Evaluación de la capacitación de comadronas tradicionales. Proyecto MotherCare/Guatemala. Elena Hurtado. Informe Final, pág. 13, abril 1998.

Cerca del 100 % de las comadronas entrevistadas mencionaron las señales de peligro en el embarazo y el parto, ya sea en forma espontánea o incitada. Con excepción de cesárea previa en el embarazo y gemelos en el parto (87 % y 61 % respectivamente); y casi el 90 % de comadronas reconoció complicaciones del post parto.

Es importante observar que además de reconocer señales de peligro, las comadronas capacitadas indicaron su intención de referirlas. Esta intención de referencia es más manifiesta para complicaciones del embarazo y parto y no tanto para post parto y recién nacido; siendo más bajo para la complicación de gemelos durante el parto (48 %).

COMADRONAS NO CAPACITADAS Y CAPACITADAS EN COMPLICACIONES
OBSTÉTRICAS Y PERINATALES QUE DIJERON REFERIR CADA
SEÑAL DE PELIGRO EN EL EMBARAZO

Guatemala, abril de 1998.

SEÑAL DE PELIGRO	COMADRONAS NO CAPACITADAS (N=20) %	CAPACITADAS (N=106) %
Hinchazón de cara y manos	55	79
Hemorragia	50	86
Niño en mala posición	5	82
Se rompe la fuente antes de tiempo	30	86
Hay dolores antes de tiempo	30	71
Cesárea previa	60	81

Fuente: Evaluación de la capacitación de comadronas tradicionales. Proyecto MotherCare/Guatemala. Elena Hurtado. Informe Final, pág. 11, abril 1998.

COMADRONAS NO CAPACITADAS Y CAPACITADAS EN COMPLICACIONES
OBSTÉTRICAS Y PERINATALES QUE DIJERON REFERIR CADA
SEÑAL DE PELIGRO EN EL PARTO

Guatemala, abril de 1998.

SEÑAL DE PELIGRO	COMADRONAS	
	NO CAPACITADAS (N=20) %	CAPACITADAS (N=106) %
Hemorragia	10	78
Trabajo de parto prolongado	70	91
Presentación anormal	40	91
Retención de placenta	s.i.	78
Gemelos	15	48

Fuente: Evaluación de la capacitación de comadronas tradicionales. Proyecto MotherCare/Guatemala. Elena Hurtado. Informe Final, pág. 14, abril 1998.

COMADRONAS NO CAPACITADAS Y CAPACITADAS EN COMPLICACIONES
OBSTÉTRICAS Y PERINATALES QUE DIJERON REFERIR CADA
SEÑAL DE PELIGRO EN EL POST-PARTO
Guatemala, abril de 1998.

SEÑAL DE PELIGRO	COMADRONAS	
	NO CAPACITADAS (N=20) %	CAPACITADAS (N=106) %
Hemorragia	25	77
Fiebre	20	57
Dolor de estómago	15	46
Flujo con mal olor	45	78

Fuente: Evaluación de la capacitación de comadronas tradicionales. Proyecto MotherCare/Guatemala. Elena Hurtado. Informe Final, pág. 16, abril 1998

2. GRUPOS DE MUJERES

Posterior a las sesiones realizadas con los grupos de mujeres, se realizó la evaluación. La que permitió observar acciones que los diferentes grupos realizaron como efecto positivo de las mismas.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR GRUPOS ORGANIZADOS
DE MUJERES QUE FUERON CAPACITADAS,
SEGÚN MUNICIPIOS DE ÉNFASIS
Guatemala, 1994-1999.

MUNICIPIO	GRUPOS ORGANIZADOS	ACTIVIDADES
Comitancillo, San Marcos	19 (692 mujeres)	Brindaron consejos a otras mujeres. Referencia de mujeres con complicaciones al centro/puesto de salud y hospital. Hablaron con los esposos de las embarazadas para que les permitieran acudir al control prenatal.
Nahualá, Sololá (incluye 3 grupos del Novillero. Total 90 mujeres)	26 (904)	Pusieron en práctica el consejo que recibieron. Mujeres que estaban embarazadas decidieron ir a control prenatal. Referencia de embarazada con hemorragia al centro de salud. Hablaron con familias y vecinos sobre problemas de salud de la mujer.
Momostenango, Totonicapán	19 (775)	Decidieron visitar a todas las mujeres embarazadas aconsejándolas y dándoles pastillas de hierro. En algunas oportunidades lo hicieron en conjunto con las comadronas.
San Carlos Sija, Quetzaltenango	8 (167)	Habían aconsejado a sus hijas, hablaron con las señoras en su iglesia respecto a las sesiones que habían recibido. Otra dijo haber referido a todas las mujeres embarazadas al centro de salud.

Fuente: Sesiones Participativas con Grupos de Mujeres, Informe de Evaluación. Proyecto MotherCare/Guatemala, Elena Hurtado, Guatemala, septiembre 1999.

Las acciones mencionadas fueron principalmente: transferir la información adquirida a otras personas, familiares, amigas, vecinas y sus esposos. Dar consejos, replicar la experiencia con otros grupos, enviar a alguien de su comunidad para ser capacitado en atención prenatal y otros fueron mencionados. El pasar la información de persona a persona en las comunidades puede ser lento, pero tiene un efecto positivo. Además se mencionó que los consejos los daban informando también sobre la importancia de la referencia a los servicios de salud.

NUMERO DE GRUPOS QUE MENCIONARON ESPONTANEAMENTE
LAS SEÑALES DE PELIGRO DURANTE EL EMBARAZO
SEGÚN SEÑALES DE PELIGRO
Guatemala, 1994-1999.

Señales de Peligro	Nahualá N=5 grupos	Momostenango n = 6 grupos	Comitancillo N= 10 grupos
Hinchazón de manos y cara	3 (60 %)	5 (83 %)	6 (60 %)
Hemorragia	5 (100 %)	6 (100 %)	10 (100 %)
Mala presentación	5 (100 %)	5 (83 %)	9 (90 %)
Ruptura prematura de membranas	3 (60 %)	5 (83 %)	5 (50 %)
Trabajo de parto prematuro	1 (20 %)	1 (16 %)	4 (40 %)
Cesárea previa	4 (80 %)	3 (50 %)	2 (20 %)
Gemelos	4 (80 %)	2 (33 %)	4 (40 %)

Fuente: Sesiones Participativas con Grupos de Mujeres, Informe de Evaluación. Proyecto MotherCare/Guatemala., Elena Hurtado , Guatemala, septiembre 1999.

Entre el 80 y el 100 % de los grupos mencionaron las principales señales de peligro durante el embarazo, con excepción de trabajo de parto prematuro y ruptura prematura de membranas. El resto de complicaciones fue mencionado casi en la misma proporción por igual en todas las comunidades. Al menos una persona en los grupos mencionó espontáneamente estas señales de peligro. En todos los casos, el recordatorio inducido (preguntar a las mujeres si habían tratado un tema específico) fue del 100 %.

3. MATERNIDADES COMUNITARIAS

Como una estrategia de movilización de la comunidad, se promovió la formación de comités de maternidades comunitarias. Algunos de estos comités lograron la realización de una maternidad en su comunidad.

MATERNIDADES COMUNITARIAS
 FUNCIONANDO Y EN PROCESO
 SEGÚN DEPARTAMENTO DE INTERVENCIÓN
 Guatemala, 1994-1999

DEPARTAMENTO	MATERNIDADES COMUNITARIAS			TOTAL
	PLANIFICADAS	FUNCIONANDO	EN PROCESO	
San Marcos	1	—	1	1
Sololá	1	1	1	2
Totonicapán	1	1	—	1
Quetzaltenango	0	1	—	1
Suchitepéquez	1	1	—	1
Retalhuleu	1	1	—	1
TOTAL	5	5	2	7

Se logró el 100 % de las maternidades comunitarias planificadas, a pesar de que el proceso de movilización requiere de mucho tiempo y acompañamiento a comités locales. Mientras que algunas otras están en proceso de formación o en búsqueda de recurso.

C. INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

1. DISTRIBUCION DE MATERIAL

Con la intención de mantener una comunicación constante con los servicios de salud y ONG's de las áreas de salud de intervención, se diseñó una serie de 5 boletines denominados "CUIDADO MATERNO". Su distribución se realizó tal como se detalla en el cuadro siguiente:

SERIE DE BOLETINES "CUIDADO MATERNO" DISTRIBUIDOS,
 SEGÚN DEPARTAMENTO
 Guatemala, septiembre 1994-agosto 1999.

DEPARTAMENTO	SERIE DE BOLETINES
Quetzaltenango	1,250
San Marcos	1,250
Sololá	1,250
Totonicapán	1,250
Retalhuleu	1,250
Suchitepéquez	1,250
Otros:	
ONG's y otras organizaciones	2,250
Proyecto de Salud Materno Perinatal (Unión Europea)	1,200
TOTAL	10,950

Fuente: Registros administrativos, Proyecto MotherCare II, Guatemala, julio 1999.

Una serie de materiales acompañaron las acciones de educación y comunicación. Todos los materiales diseñados, validados y producidos, estaban en asociación con acciones tanto a nivel de servicios de salud como comunitarios. La distribución fue principalmente dentro de los servicios de salud, tanto de las áreas de intervención como de otras que a solicitud del nivel central del ministerio se distribuyen. Con excepción de los protocolos de manejo, todos los materiales producidos se listan a continuación.

MATERIALES EDUCATIVOS ELABORADOS Y DISTRIBUIDOS
SEGÚN TIPO DE MATERIAL
Guatemala, septiembre 1994-agosto 1999.

MATERIAL	CANTIDAD DISTRIBUIDA
1. PUBLICACION DESDE LA COMUNIDAD	1,250
2. GUIA PARA FACILITADORES DE COMADRONAS	1,470
3. MANUAL DE METODOLOGIA PARTICIPATIVA	1,161
4. CURRÍCULUM DE ENFERMERIA PARA CAPACITACION TUTORIAL	879
5. ROTAFOLIOS DE CONSEJERIA EN CONTROL PRENATAL	684
6. ROTAFOLIOS PARA CAPACITACION DE COMADRONAS SOBRE SEÑALES DE PELIGRO	378
7. CUADERNO DE COLOREAR DE SEÑALES DE PELIGRO	7,821
8. HOJA DE REFERENCIA	24,400
9. TZUTE (Equipo mínimo para comadrona)	3,524
10. AFICHE: Lo que el personal debe saber.	522
11. AFICHE: Referencia	500
12. AFICHE: Calculo de edad gestacional por Capurro	300
13. AFICHE: Calculo de APGAR	370
14. AFICHE: 10 Reglas de Oro del Trato a la Paciente	1,735
15. CARPETA: PROGRAMAS DE RADIO EN K'ICHE	86
16. CARPETA: PROGRAMAS DE RADIO EN MAM	74
17. CARPETA: PROGRAMAS DE RADIO EN ESPAÑOL	190
18. BOTON: «YO HABLO MAM»	100
19. BOTON: «YO HABLO K'ICHE»	100
20. BOTON: «YO HABLO KAKCHIQUEL»	70
21. BILLETERAS CON SEÑALES DE PELIGRO	800
22. PORTA CEDULA CON SEÑALES DE PELIGRO	800
TOTAL	47,214

Fuente: Registros administrativos, Proyecto MotherCare II, Guatemala, julio 1999.

2. CUÑAS DE RADIO

La evaluación de la audiencia de cuñas de radio desarrolladas por el proyecto y transmitidas en radios locales, fue un indicador de los logros a través de esta estrategia. Un total de 62,940 mensajes fueron transmitidos en el período de enero 1997 a julio 1999, por 18 diferentes emisoras; de las cuales dos fueron pagadas por el proyecto de enero 1997 hasta diciembre 1998.

ENCUESTA DE RADIO
AUDIENCIA DE CUÑAS DE RADIO POR LUGAR
Guatemala, julio 1998

Audiencia de Cuñas	Comunidad					Sub-total	%
	Nahualá	Momostenango	San Carlos Sija	Comitancillo			
Ha escuchado sobre embarazo	76	73	52	81		282	60
Ha escuchado sobre anemia	55	53	24	43		175	37
Ha escuchado sobre espaciamiento de embarazos	36	53	54	62		205	43

Fuente: Audiencia de Cuñas de Radio Sobre Señales de Peligro en el Embarazo en el Altiplano de Guatemala. Proyecto MotherCare/ Guatemala. Elena Hurtado Informe Final, pág. 10, julio 1998.

La exposición a los mensajes de radio se encontró entre 37 y 60 % para todas las mujeres encuestadas. Las mujeres que reportaron oír la Radio Voz de Nahualá, en la que las cuñas salieron al aire hasta 24 veces al día, fueron las que reportaron haber escuchado mensajes sobre embarazo y anemia; eran las que más conocían señales de peligro. Los principales mensajes que recuerdan las mujeres, es sobre embarazos y espaciamiento de embarazo 43%.

D MONITOREO DE LA INTERVENCIÓN

Los datos de resultados del monitoreo hospitalario de la intervención no incluye datos para el período 1998-1999 de los hospitales de Totonicapán y Quetzaltenango, donde se lleva el libro de monitoreo.

Todos los hospitales objetivo de la intervención se encuentran en proceso del registro de la información y cuatro de los seis hospitales utilizan la información como insumo para la resolución de problemas.

El sistema de monitoreo cumple su función al permitir el análisis de complicaciones y utilización de los servicios hospitalarios, estos análisis pueden ser realizados mensual o anualmente en cada hospital. Para fines del proyecto se utilizaron dos épocas de análisis, la línea de base (septiembre 1995- febrero 1996) y la línea post intervención (septiembre 1998 - febrero 1999). Los principales indicadores son obtenidos de esta fuente.

Los datos de comparación entre la línea de base y post intervención sólo es posible presentarla para los hospitales de Sololá y San Marcos, quienes han tenido la información completa con ingreso en la computadora, los datos de Totonicapán no fue posible

ingresarlos a la computadora y los de Quetzaltenango no han sido analizados al momento de escribir el presente informe, se espera que estén listos para fines de noviembre '99 en el informe técnico del proyecto.

Retalhuleu y Suchitepéquez recién iniciaron con ingreso de datos, hasta hace pocos meses iniciaron con el proceso de intervención en monitoreo.

REGISTRO Y USO DE LA INFORMACIÓN
SEGÚN HOSPITAL DE INTERVENCIÓN
Guatemala, julio 1999.

HOSPITAL EN PORCENTAJE	GRADO DE AVANCE	USAN Y ANALIZAN LA INFORMACIÓN	
		SI	NO
San Marcos	90	X	
Totonicapán	65		X
Sololá	90	X	
Quetzaltenango	60		X
Retalhuleu	70	X	
Suchitepéquez	80	X	

Fuente: Registros estadísticos, Proyecto MotherCare II, Guatemala, julio de 1999.

El grado de avance en la recolección y utilización de la información es variado según hospital. Los hospitales de Sololá y San Marcos son los que más han avanzado en el proceso. Ya que el llenado del libro de monitoreo es de muy buena calidad y todos los datos son ingresados a la computadora, analizados y discutidos por el personal del departamento de maternidad (incluyendo médicos, personal de enfermería y de registros médicos). El hospital de Totonicapán ha hecho esfuerzos por recolectar la información en la ficha médica que diseñaron en base al libro de monitoreo, pero aún no les ha sido posible el ingreso de los datos a la computadora, debido a que no disponen de personal suficiente. El hospital de Quetzaltenango sí registra los datos en el libro de monitoreo, aunque algunos casos no son incluidos debido a que las pacientes son trasladadas a otros servicios o no ingresan al servicio de obstetricia, sino al de ginecología, como es el caso de los abortos. Al igual que Totonicapán los datos no son ingresados a la computadora por falta de personal.

CESÁREAS REALIZADAS CON RELACIÓN A LOS PARTOS ATENDIDOS
EN PERÍODO DE PRE-INTERVENCIÓN Y POST-INTERVENCIÓN,
SEGÚN HOSPITAL QUE ATENDIÓ
Guatemala, julio de 1999

HOSPITAL	PRE-INTERVENCIÓN (1993)			POST-INTERVENCIÓN (1998)		
	No. PARTOS	No. CESÁREAS	% CESÁREAS	No. PARTOS	No. CESÁREAS	% CESÁREAS
Sololá	350	116	33.1	465	178	38.3
San Marcos	920	251	27.3	997	222	22.3

Fuente: Datos proporcionados por los registros estadísticos del Proyecto MotherCare, tomados del Sistema de monitoreo hospitalario.

Los datos de línea de base para los hospitales de Sololá y San Marcos presentan un porcentaje de cesáreas de 33.14 y 27.3 % respectivamente. El hospital de Sololá presentó un incremento del 5% , esto puede ser explicado por el número de complicaciones obstétricas que este hospital atiende, aproximadamente el 40 % de casos obstétricos son complicaciones que comprometen la vida (Sistema de Monitoreo Hospitalario análisis 1999).

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE PERINATAL COMUNITARIA
Guatemala, junio 1998

OBSTÉTRICAS		DEL RECIÉN NACIDO	
DIAGNÓSTICO	PORCENTAJE*	DIAGNÓSTICO	PORCENTAJE*
Presentación anormal	41	Asfixia	78
Parto prematuro	21	Prematurez	18
Trabajo de parto prolongado	16	Sepsis	10
Hemorragia 3er. Trimestre	16	Malformación congénita	2
Pre-eclampsia	13		

Fuente: Datos proporcionados por la coordinación de MotherCare. Tomados de Estudio de Mortalidad Perinatal. Proyecto MotherCare Julio 1999.

* la sumatoria de los porcentajes de cada diagnóstico para cada grupo estudiado no es del 100%, ya que el porcentaje de cada diagnóstico está en relación al total de casos por grupo de estudio.

TASA DE MORTALIDAD PERINATAL HOSPITALARIA
SEGÚN HOSPITAL DE INTERVENCIÓN
Guatemala, julio de 1999.

HOSPITAL	PERIODO 1995-1996*	PERIODO 1998-1999**
SAN MARCOS	59 x 1,000	63 x 1,000
SOLOLÁ	157 x 1,000	97 x 1,000

Fuente: Sistema de monitoreo hospitalario. Proyecto MotherCare II. Guatemala, julio de 1999.

* período de estudio septiembre 1995 a febrero de 1996.

** período de estudio septiembre 1998 a febrero de 1999.

La muerte perinatal muestra una disminución substancial en el hospital de Sololá (62 %) y en cambio un leve incremento en el hospital de San Marcos. A pesar de la disminución en Sololá, las tasas de muerte siguen siendo elevadas. Aunque debe de ser tomado en cuenta que a nivel de hospitales, las complicaciones obstétricas y perinatales que se presentan son mayores, por lo que las tasas de muerte siempre serán mas elevadas que la población en general. Sin embargo, debe reconocerse que el abordaje de las elevadas tasas de muerte perinatal, ameritan una atención especial para intervenciones futuras.

EMBARAZADAS QUE TUVIERON AL MENOS UN CONTROL PRENATAL.
SEGÚN DEPARTAMENTO
Guatemala, septiembre 1998 - febrero 1999.

DEPARTAMENTO	MUJERES QUE CONSULTARON	CONTROL PRENATAL %		NO TUVIERON CONTROL PRENATAL %
		SERVICIO DE SALUD	COMADRONA	
San Marcos	1032	59.5	19.3	21.2
Sololá	495	42	34.3	23.7

Fuente: Sistema de monitoreo hospitalario. Análisis 1999.

Del total de mujeres que consultaron al hospital por causa obstétrica o perinatal durante el período post intervención, casi 60 % de las mujeres de San Marcos recibieron un control prenatal en un servicio de salud o médico particular y un 19.3% solamente consultó con la comadrona para control prenatal; a diferencia de Sololá, donde 42 % acudió a un servicio de salud o médico particular y más de la tercera parte acudió con comadrona.

El patrón de referencias, así como el volumen de casos que consultan, es un buen indicador de los efectos de la intervención a nivel de la comunidad.

El número de consultas promedio por semana se duplicó en el caso de Sololá y aumentó en dos terceras partes para San Marcos. Este aumento del volumen de consultas son en gran parte debido a complicaciones que fueron referidas (Sololá 31.8 % complicaciones para 95-96 aumentó a 39.4 % complicaciones y San Marcos de 25.4 % complicaciones en 95-96 aumentó a 31 % para 98-99).

VOLUMEN DE CONSULTAS OBSTETRICAS SEMANALES
HOSPITALES DE SOLOLA Y SAN MARCOS
1995-1996 Y 1998-1999
Guatemala, julio 1999

HOSPITAL	SEPTIEMBRE 1995 FEBRERO 1996	SEPTIEMBRE 1998 FEBRERO 1999
Sololá	13	23
San Marcos	32	48
Total	45	71

Fuente: Sistema de monitoreo hospitalario, línea basal 1995 - 1996 y línea final 1998-1999. Proyecto MotherCare. Guatemala

EMBARAZADAS REFERIDAS
A LOS HOSPITALES DE SOLOLA Y SAN MARCOS
SEGÚN PRESENCIA DE COMPLICACION
Guatemala, julio 1999.

REFERENCIA	SEPTIEMBRE 1995 FEBRERO 1996 %	SEPTIEMBRE 1998 FEBRERO 1999 %
Por comadrona		
Con complicación	24.2	28.8
Sin complicación	75.8	71.2
Por centro/puesto de salud		
Con complicación	13.6	18.2
Sin complicación	86.4	81.8
Por otros proveedores		
Con complicación	20	27.7
Sin Complicación	80	72.3
Auto-referidas		
Con complicación	15.4	22.8
Sin Complicación	84.6	77.2

Fuente: Sistema de monitoreo hospitalario, línea basal 1995-1996 y línea final 1998-1999. Proyecto MotherCare. Guatemala.

Para el total de casos que consultaron en ambos hospitales, la referencia por complicaciones aumentó en un 5 % en el caso de las comadronas y centros o puestos de salud y 7 % en el caso de otras fuentes (ONGs, médicos particulares, clínicas parroquiales, etc). Y un 8 % en el caso de la auto-referencia. Mientras que la referencia de casos sin complicaciones disminuyó en todos los grupos. Este es un efecto deseado, ya que la intervención está enfocada en el aumento de la referencia por casos complicados.

4. NECESIDAD SATISFECHA EN ATENCIÓN OBSTÉTRICA:

Este es un indicador recientemente utilizado y se define como: La proporción de mujeres con complicaciones obstétricas principales que son manejadas apropiadamente, en un área geográfica específica y en un período de tiempo dado¹.

Desde que ni la tasa de muerte materna, ni la severidad de los niveles de morbilidad, son medidas prácticas de impacto en los programas y proyectos de Maternidad Segura, las recomendaciones de OMS, UNICEF y otros es apoyarse en indicadores de proceso para medir cambios en resultados de proyectos.

NECESIDAD OBSTÉTRICA SATISFECHA
y
PROPORCIÓN DE CESÁREAS COMUNITARIAS
ÁREAS DE SALUD DE SOLOLÁ Y SAN MARCOS
COMPARACIÓN LÍNEA DE BASE 1995-1996 Y POST INTERVENCIÓN 1998-1999
GUATEMALA, JULIO 1999

Necesidad Satisfecha y Proporción de cesárea comunitaria	SOLOLÁ		SAN MARCOS	
	1995-1996 %	1998-1999 %	1995-1996 %	1998-1999 %
Necesidad Satisfecha incluyendo la complicación: abortos	16.3	33.3	12.3	19.1
Necesidad Satisfecha sin incluir la complicación: abortos	12.2	22.8	4.9	9.7
TASA DE CESAREA BASADA EN LA COMUNIDAD	1.96	3.36	1.38	1.54

Fuente: Sistema de monitoreo hospitalario, línea basal 1995-1996 y línea final 1998-1999. Proyecto MotherCare. Guatemala.

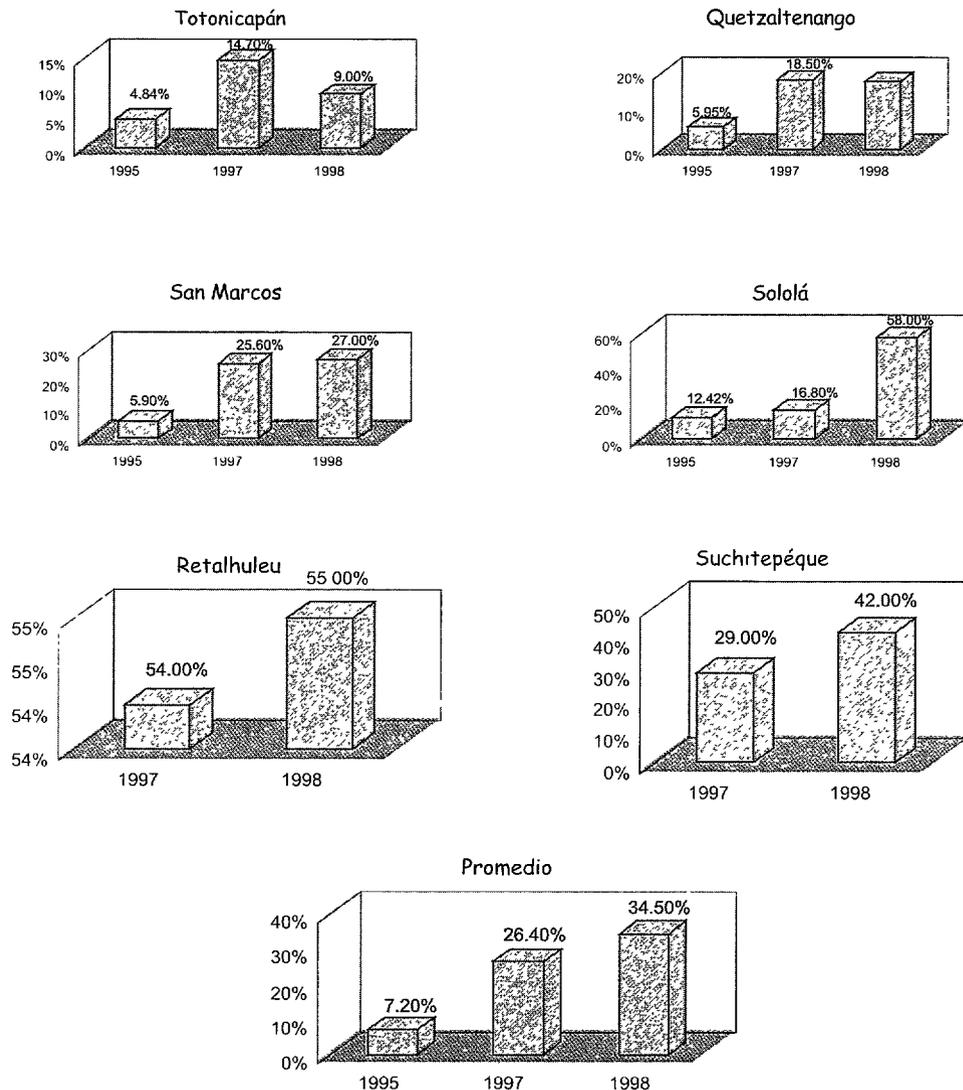
En este período analizado se observa un incremento sustancial en ambos hospitales, siendo más marcado al incluir los abortos. El aumento en la proporción de necesidad satisfecha muestra un efecto positivo de la intervención a nivel comunitario. Ya que implica que más mujeres con complicaciones están utilizando los servicios de salud hospitalarios. Lo cual

¹ (MotherCare Matters: Safe Motherhood Indicators: Lessons Learned in Measuring Progress. Volumen 8, Number 1. Mayo 1999.)

ha sido la meta del proyecto. El indicador de cesárea basado en la comunidad, se estima como un valor esperado entre 5 y 15 % de los nacimientos esperados para una población dada. En este caso ambos hospitales que se presentan se encuentran por debajo del 5% (mínimo esperado). Aunque notoriamente hubo un aumento en ambos.

Otros datos paralelos han sido recolectados a lo largo del proyecto. Dentro de ellos el monitoreo de la necesidad satisfecha, utilizando la fuente de los registros hospitalarios referentes a distocias atendidas cada año por hospital.

Comportamiento de la necesidad satisfecha, áreas de intervención
 Datos de 1995 a 1998 (porcentajes)
 Guatemala, agosto 1999



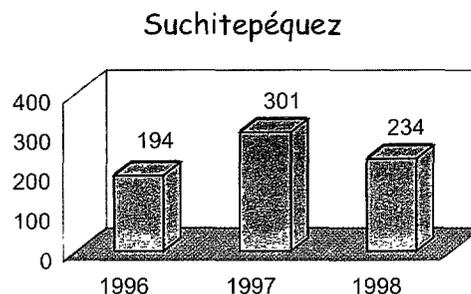
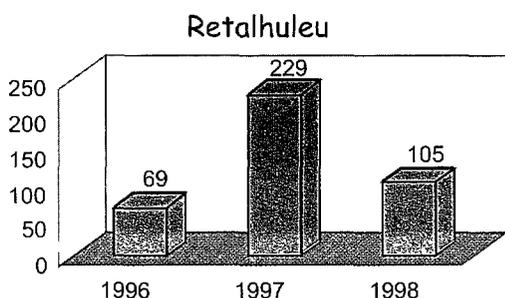
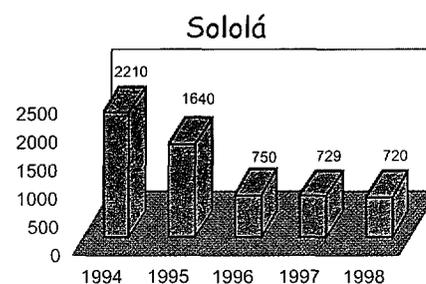
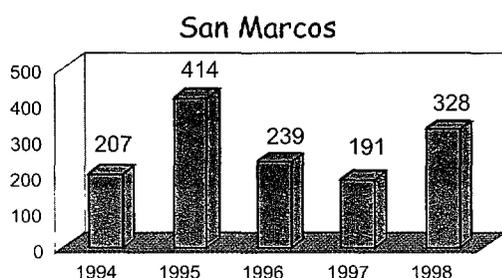
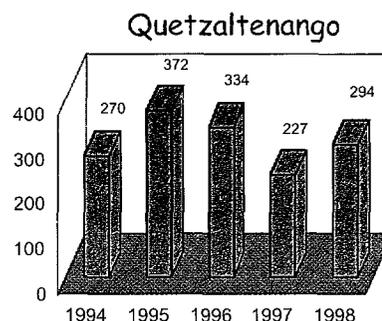
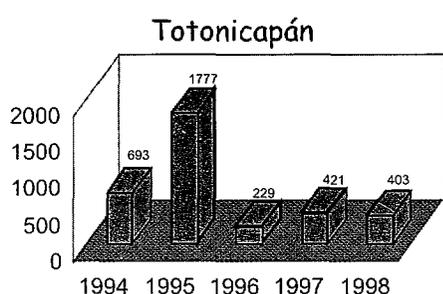
Los datos de las gráficas anteriores deben considerarse con cautela, ya que los datos fueron obtenidos de los registros médicos hospitalarios y no del libro de monitoreo por no contarse con limpieza de datos, ni los análisis completos. Los registros médicos con frecuencia no cuentan con la información completa y la clasificación de distocias podría variar según cada hospital. Otro elemento que no puede ser controlado, son las cesáreas, que en todos los casos es incluida como distocia, sin identificar la indicación de la misma. Para fines del análisis en este proyecto, todas las cesáreas se consideran como respuesta a una complicación obstétrica o perinatal de cualquier tipo.

Teniendo en cuenta los elementos anteriores, podemos considerar que estos datos reflejan en una forma somera lo ocurrido en los hospitales durante los últimos años. Con excepción de Totonicapán y Quetzaltenango, todos los hospitales experimentaron algún nivel de incremento, siendo en mayor proporción para las áreas de Sololá y Suchitepéquez. Para el promedio de los hospitales, el incremento es sustancial desde 7 % para 1995 hasta 34.5 para 1998.

Aún cuando las fuentes de datos de la necesidad satisfecha son diferentes, para la búsqueda regular de distocias en registros hospitalarios y sistema de monitoreo, el aumento aunque en menor proporción es consistente.

A nivel hospitalario se ha documentado el comportamiento de la mortalidad materna, por interés del personal médico de los hospitales. La cual se ha venido documentando año con año desde el inicio del proyecto.

Mortalidad Materna Hospitalaria Datos de 1995 a 1998 (tasa por 100,000 n.v.) Guatemala, agosto 1999



El indicador muerte materna, tiene uso de menor relevancia en poblaciones pequeñas debido a que por ser generalmente números pequeños resulta ser muy variable, un caso podría aumentar mucho la tasa o a la inversa la ocurrencia de un caso menos podría disminuir sustancialmente.

Sin embargo, a nivel local ha sido un instrumento de uso diario en el monitoreo materno perinatal, utilizado por el personal de salud hospitalario, principalmente en los departamentos de obstetricia. La discusión de este indicador y cada uno de los casos que lo conforman han sido parte del análisis de su situación materna.

Disminuciones importantes y consistentes se observan principalmente en los hospitales de Tonicapán y Sololá, donde se observa una disminución del 77 y 70 por ciento

respectivamente. Debe reconocerse que los hospitales por ser centros de referencia de complicaciones, muchas mujeres acuden ya en situaciones tan graves que la posibilidad de sobrevivencia es mínima. Sin embargo y a pesar de ello, la muerte materna ha tenido un comportamiento positivo al ir disminuyendo progresivamente.

Al inicio del registro de la información se observa un incremento como resultado de la búsqueda activa de los casos. Posteriormente y alrededor de los años 95 y 96, que es cuando la intervención hospitalaria da inicio, las tasas empiezan a decaer. Mostrando así su efecto en asociación a la intervención del proyecto.

4. INTERVENCION COMUNITARIA DE ANEMIA

PASTILLAS DE HIERRO Y MATERIAL EDUCATIVO DISTRIBUIDO SEGÚN DEPARTAMENTO DE INTERVENCIÓN Guatemala, 1998.

DEPARTAMENTO	TABLETAS DE HIERRO	MATERIAL EDUCATIVO
San Marcos	2.000,000	9,000
Sololá	900,000	7,500
Quetzaltenango	1.000,000	9,000
Totonicapán	1.000,000	8,000
Suchitepéquez	800,000	9,000
Retalhuleu	800,000	9,000
TOTAL	6.500,000	51,500

Fuente: Registros administrativos Proyecto MotherCare. Guatemala, julio 1999.

Observaciones: Suministros entregados a las áreas de salud, programados para 1998 (enero-diciembre), con base al número de embarazadas programadas.

PORCENTAJE DE EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A LOS SERVICIOS DE SALUD Y QUE MENCIONAN SEÑALES DE PELIGRO DURANTE EL EMBARAZO, PARTO, POST-PARTO SEGÚN DEPARTAMENTO DE INTERVENCIÓN Guatemala, mayo-junio 1998.

DEPARTAMENTO	MENCIONA SEÑALES DE PELIGRO %		
	NO RECUERDA	RECUERDA 1-3	RECUERDA MÁS DE 3
San Marcos	—	100	—
Totonicapán	25	75	—
Sololá	—	100	—
Quetzaltenango	15.4	84.6	—

Fuente: Análisis estadístico de la línea final. Estudio de Anemia en mujeres embarazadas. MotherCare. Jorge Matute, Guatemala, noviembre 1998, pp. 45.

ENCUESTA DE RADIO
MUJERES EMBARAZADAS QUE RECORDARON
CUÑAS DE RADIO SOBRE EL TEMA DE ANEMIA.

Guatemala, 1998.

ASPECTOS QUE RECUERDAN	ENTREVISTADAS QUE RECORDARON MENSAJES (N= 175)	% QUE RECORDARON EL MENSAJE
Algún síntoma de anemia	51	29
Alimentarse en el embarazo	47	26
Alguna consecuencia negativa de la anemia	29	17
Tomar vitaminas	21	12

Fuente: Encuesta de radio. Proyecto MotherCare, Guatemala enero 1998

Los resultados del estudio de anemia serán presentados en un informe separado. Tres encuestas fueron realizadas para monitorear la intervención, las primeras dos fueron entrevistas de salida en los servicios de salud de los municipios de énfasis y la última de base comunitaria. Al momento de concluir este informe los análisis no habían sido completados.

C. LECCIONES APRENDIDAS

1. ACERCAMIENTO SERVICIOS DE SALUD-COMUNIDAD: Un proceso en dos direcciones donde los proveedores de salud, a través de la información y comunicación han sido sensibilizados a las necesidades de las mujeres en las comunidades. La participación de los miembros de la comunidad en la toma de acciones para detección y referencia es de gran valor. Una de las formas exitosas de involucrarlos fue durante los encuentros de hospitales con comadronas de las comunidades.
2. CALIDAD DE ATENCION: La metodología participativa aplicada a todo nivel y cualquier dirección, permitió que tanto comadronas, personal de enfermería, médicos y personal de administración e intendencia fuesen sus propios medidores de la calidad de atención que prestaban a sus usuarios. Todos fueron desafiados a cumplir mejor su tarea por mínima que fuese, con el único estímulo de la esperanza de ver mujeres que sobrevivieran.
3. VER SUS PROPIOS DATOS: Para evitar el elevado costo de encuestas, se diseñó el sistema de monitoreo hospitalario. Este proceso al igual que el resto del proyecto fue totalmente participativo. Diseñado por personal de los servicios de salud

hospitalarios, computarizado por demanda de ellos y utilizado como una herramienta en el control de la calidad que prestan, este sistema ha sido institucionalizado en casi el 90 % de los hospitales donde el proyecto apoyó. Con todo y los inconvenientes de la calidad de llenado, el vaciado en la computadora y algunos datos faltantes, este sistema es una fuente muy rica de información con que cuentan los servicios de salud hospitalarios.

4. LA SOSTENIBILIDAD SÍ ES POSIBLE: pequeñas porciones del proyecto han sido institucionalizadas y autosostenidas en las áreas y hospitales donde funciona la intervención. Son claros ejemplos de ello: La transmisión de las cuñas de radio de señales de peligro en el área de salud de Sololá. La capacitación tutorial que continuó en Retalhuleu, aún después de finalizada la programación de proyecto, la cual no sólo completó el personal hospitalario que hacía falta, sino que incluyó además al personal de centros y puestos de salud.
5. INVERSION DE OTROS DONANTES: muchas ONGs, Agencias de cooperación, corporaciones municipales, escuelas de enfermería y otros tienen mucho interés de invertir en estrategias exitosas. Es necesario entonces poner mucha atención a la diseminación de resultados y replicación de la experiencia en asociación con otros.
6. LOS INDICADORES SON SUJETOS DE CAMBIO: una intervención aislada y singular no hubiese podido hacer mayor impacto. Vinculando las acciones comunitarias y de servicios de salud pueden verse cambios importantes. Como la disminución de la muerte materna en hospitales (disminución del 75 % para Sololá) o el aumento gradual de la necesidad satisfecha (20 % promedio) en atención de complicaciones obstétricas. O el aumento de referencias por complicaciones a los servicios de salud. Aunque por no haber sido una investigación controlada en todos sus elementos, no nos es posible determinar qué intervención tuvo mayor impacto o fue más importante en la producción de cambios en esos indicadores. Sin embargo, creemos sin duda alguna, que el paquete de IEC hacia la comunidad y el mejoramiento de la calidad de atención en los servicios de salud fueron básicos para producir estos cambios.
7. AUMENTO DE REFERENCIA: hay un efecto positivo en el aumento de referencia al hospital por complicaciones, tanto por comadronas como por centros y puestos de salud como por auto-referencia. Debido a la multiplicidad de proveedores y búsqueda, se hace necesario incluir todos los proveedores posibles que se esperan serán consultados. Y la proporción de auto-referencia fue la que más aumentó, por lo que las familias en su totalidad deberán ser incluidas en estrategias de IEC.
8. LAS ESTRATEGIAS DE IEC: son un elemento clave en el paquete de intervención, debemos hablar de paquete de intervención, los resultados positivos de la evaluación de cuñas de radio (reconocimiento de signos de peligro), evaluación de grupos de mujeres (toma de acciones en grupos de mujeres, principalmente comparten la información con otras en su comunidad), y la evaluación de comadronas que mencionan reconocer señales de peligro e intención de referir. Todos estos resultados se

apoyan y reflejan en el aumento de referencias por comadronas y auto-referencias observadas en el monitoreo hospitalario.

9. NECESIDAD SATISFECHA: hay un aumento marcado en el % de necesidad satisfecha, tendencia que se observa en todos los hospitales por igual. Este es otro elemento que refiere un impacto positivo de las acciones a nivel comunitario, incluir en las estrategias al mayor número de actores comunitarios dará como consecuencia un impacto positivo en intervenciones de salud pública.
10. LA UTILIZACIÓN DE INDICADORES MÚLTIPLES: han sido complementarios y han permitido monitorear la intervención. No se diseñó un estudio comunitario sino más bien se utilizó un sistema de monitoreo en los servicios de salud hospitalarios diseñado por el mismo personal del hospital, y recolectado y utilizado por ellos, que permitió la adopción e institucionalización de este sistema como un sistema propio, útil para sus necesidades de información estadística que debe reportarse a nivel central del ministerio.
11. EVALUACIONES SEPARADAS: por otro lado algunas intervenciones fueron evaluadas por separado como evaluación de capacitación de comadronas, capacitación tutorial, audiencia de radio, grupos de mujeres, evaluación de desempeño, investigación perinatal comunitaria, encuesta de anemia y para cada uno de ellos existe un informe detallado. El hacer estas evaluaciones individuales y no un estudio enorme de todo el paquete de intervención nos permitió monitorear con detalle, pequeñas piezas de la intervención y sus efectos.
12. INVOLUCRAMIENTO DE MÚLTIPLES ACCIONES: el diseño e implementación del proyecto con el involucramiento del Ministerio de Salud, así como la participación de ONGs y otros donantes permitió tener un efecto potencializado, no sólo al alcanzar poblaciones no incluidas en nuestras áreas de intervención, sino también el hacer el proceso, un proceso de país que pertenece a todos los que de uno u otro modo han estado involucrados, favoreciendo así su sostenibilidad.
13. CAPACITACIÓN DE COMADRONAS: a lo largo de la intervención aún no es posible atribuirle a la comadrona un valor absoluto como responsable en la disminución de la mortalidad o aumento de la referencia de casos complicados, pero es notorio su comportamiento similar a otros proveedores en la referencia, su continua búsqueda por las familias en las comunidades hace mandatorio incluirla dentro de todo el proceso de IEC a nivel comunitario. Aún cuando necesite considerarse con especial atención en cuestión de capacitación.
14. LA CAPACITACIÓN EN GRUPOS COMUNITARIOS: requieren una metodología participativa y con enfoque de adultos.
15. INCLUIR AL MINISTERIO DE SALUD: desde el inicio, tanto a nivel local como central en la planificación y el diseño de una intervención, asegurará el éxito y la apropiación del mismo.

IV. ¿QUIENES LO HICIERON POSIBLE?

En diferentes momentos se recibió el apoyo y experiencia del Departamento Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para la mejor coordinación de las actividades

Dr. Baudilio Sajché
Dra. Malvina De León
Licda. Susana Lemus
Dr. Haroldo Medina
Dr. Ernesto Velásquez
Dra. Hilda de Abril

Se permitió impulsar el Proyecto en las diferentes áreas, gracias a la visión de Jefes de Área de Salud y Directores de Hospitales Departamentales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Jefes de Área de Salud

Dr. Néstor Carrillo	Sololá
Dr. Jaime Rolando Ríos	Totonicapán
Dr. Manfredo Juárez	San Marcos
Dr. Eduardo Celada	Retalhuleu
Dra. Silvia Rodríguez	Suchitepéquez
Dra. Anabella Aragón	Quetzaltenango

Directores de Hospital

Dr. César Caballeros	Sololá
Dr. Jorge Yax	Totonicapán
Dr. Alfredo Longo	San Marcos
Dr. Francisco Villatoro	Retalhuleu
Dra. Clara Luz de Saravia	Suchitepéquez
Dr. Israel Castro	Quetzaltenango

Tutores de Capacitación

Dr. Mario Prado
Dr. William Cross
Dr. Neftalí Argueta
Dr. José Antonio Bonilla
Dr. Fernando Granados
Dr. Sergio Flores
Dr. Heberto De León

Su intervención tendió un puente entre los servicios de salud y la comunidad

Enfermera Josefa De León de Rodas
Enfermera Carolina de Lima
Enfermera Vilma Velásquez
Enfermera Marta de Rodríguez
Enfermera Jovita Morales
Enfermera María Cajas
Enfermero Efraín Félix Gómez

*Principalmente, nos dieron su confianza para ejecutar el proyecto,
y lo hicieron posible, a través del apoyo de USAID.*

Dra. Patricia O' Connor
Dr. Baudilio López
Dra. Mary Mc Inerney

*Nos beneficiamos de su expertaje y gran experiencia
a través de sus constantes asesorías*

Sra. Patricia Daunas
Dra. Colleen Conroy
Dra. Marge Koblinsky
Dra. Patsy Bailey
Sra. Susan Colgate Goldman
Dr. Reynaldo Pareja

A lo largo de este camino, MotherCare contó con el apoyo de personal que en un momento y situaciones dadas, participaron activamente en nuestras actividades

Sra. Ermelinda Pérez	Srita. Aura Pérez
Sra. Olga Juárez	Srita. Agapita Castro
Srita. Enriqueta Salanic	Srita. María Tzep
Srita. Gabiana Vásquez	Srita. Florinda Enriqueta Batz
Sra. Rocxana de Campo	Sra. Yulissa de Estrada
Sr. Leonel Barrundia	Sr. Rodolfo López
Dr. Carlos González	Dr. Rubén Grajeda
Dr. German Aguilar	Dr. Manglio Ruano
Dra. Ericka Jacobs	Licda. Claudia Flores

Su actividad responsable, constante y voluntaria fue ejemplo para todos y todas en el Proyecto

Sra. Sonia Ortiz

El equipo actual de MotherCare, quienes han apoyado y siguen haciéndolo con calidad técnica, compromiso con su trabajo y mucho entusiasmo.

Para coordinar y facilitar los procesos e interacción entre los diferentes actores en las áreas de trabajo

Dr. Gustavo Adolfo Barrios Izaguirre
Dra. Yadira Villaseñor de Cross
Enf. Migdalia de Celada

Se cuenta con un grupo altamente calificado de especialistas en diferentes campos

Licda. Alicia Ruano
Licda. Elena Hurtado
Licda. Sandra Recinos
Lic. Jorge Matute
Dr. Gonzalo de Jesús Samayoa
Sr. Ricardo López
Sra. Pamela de López

Para facilitar, agilizar, apoyar los procesos administrativos y toda clase de colaboración al personal de las diferentes regiones y lograr resultados

Sr. Julio César Bolaños
Sr. Demetrio Margos
Sra. Miriam Alonzo Cano
Srita. Evelyn Rosales Rodas
Srita. Patricia Mercedes De León Toledo
Sra. Argentina Pol
Sra. Elubina Barrios

Para la conducción, dirección de todos los procesos y la cohesión del equipo

Dra. Elizabeth de Bocaletti

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Barrios Izaguirre Gustavo, Coordinador de Áreas MotherCare/AID. INFORME FINAL DE LAS INTERVENCIONES DEL PROYECTO MOTHERCARE EN EL ÁREA DE SALUD DE SAN MARCOS FASE I Y II 1996-1998, s.f. Guatemala.
- 2) Bailey Patsy, MotherCare/FHI consultant. TRIP REPORT: MOTHERCARE II, GUATEMALA MATERNAL AND PERINATAL HEALTH PROJECT. FEBRUARY 20, 1995-MARCH 2, 1995. Guatemala.
- 3) Departamento Materno Infantil, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, USAID, MotherCare/Guatemala. LIBRO DE MONITOREO MATERNO-PERINATAL. Guatemala.
- 4) Departamento Materno Infantil, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, MotherCare, USAID. "DESDE LA COMUNIDAD... PERCEPCIÓN DE LA ANEMIA Y LA IMPORTANCIA DE LA SUPLEMENTACIÓN CON HIERRO DURANTE EL EMBARAZO". Guatemala, julio de 1996.
- 5) Departamento Materno Infantil, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, MotherCare/Guatemala. Con el apoyo técnico-financiero de USAID, INCAP, OPS/OMS, Unión Europea. GUÍA PARA FACILITADORES DE COMADRONAS, tres fascículos. Guatemala, 1997.
- 6) González López Carlos Gonzalo, ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD MATERNA POR HOSPITAL, TOTONICAPÁN, SAN MARCOS, SOLOLÁ, QUETZALTENANGO. PROYECTO DE SALUD MATERNA PERINATAL. Guatemala, Quetzaltenango, noviembre de 1995.
- 7) Hurtado Elena, MotherCare y Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. CAPACITACIÓN SOBRE CONSEJERÍA EN LA ATENCIÓN PRENATAL. GUÍA DOCENTE. Guatemala, mayo 1998.
- 8) Hurtado Elena, MotherCare/Guatemala. SESIONES PARTICIPATIVAS CON GRUPOS DE MUJERES. INFORME DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO MOTHERCARE/GUATEMALA. Guatemala, septiembre de 1998.
- 9) Hurtado Elena para el Proyecto MotherCare/Guatemala. INFORME FINAL. EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN DE COMADRONAS TRADICIONALES. PROYECTO MOTHERCARE/GUATEMALA. Guatemala, abril 1998.
- 10) Hurtado Elena. Revisión general de las estrategias IEC utilizadas y las lecciones aprendidas. Proyecto MotherCare/Guatemala, s.f., Guatemala.

- 11) Hurtado Elena. "DESDE LA COMUNIDAD... Percepción de las complicaciones maternas y perinatales y búsqueda de atención". Guatemala, noviembre 1995
- 12) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, MotherCare/Guatemala. Con el apoyo técnico- financiero de USAID, Unión Europea, INCAP, OPS/OMS. PROTOCOLOS DE MANEJO DE LAS PRINCIPALES EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, HOSPITALES REGIONALES Y DEPARTAMENTALES. Guatemala 1996.
- 13) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, MotherCare/Guatemala. Con el apoyo técnico financiero de USAID, Unión Europea, INCAP, OPS/OMS. PROTOCOLOS DE MANEJO DE LAS PRINCIPALES EMERGENCIAS PERINATALES, HOSPITALES DEPARTAMENTALES. Guatemala, 1996
- 14) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, MotherCare/Guatemala. PROTOCOLOS DE MANEJO DE LAS PRINCIPALES EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y PERINATALES. CENTROS Y PUESTOS DE SALUD. Guatemala 1996.
- 15) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional Materno Infantil, Área de Atención a la Mujer, MotherCare. CURRÍCULUM PARA CAPACITACIÓN TUTORIAL SOBRE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PERINATALES DE ENFERMERAS HOSPITALARIAS. Guatemala, septiembre de 1998.
- 16) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, Departamento Materno Infantil, Proyecto MotherCare/Guatemala. PRE/POST-TEST DE CONOCIMIENTOS DE MANEJO DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS: MÉDICOS. S.f. Guatemala.
- 17) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, Departamento Materno Infantil, Proyecto MotherCare II/Guatemala. REVISIÓN DE FICHA CLÍNICA DE MUERTE PERINATAL HOSPITALARIA, Formato, s.f., Guatemala
- 18) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, Departamento Materno Infantil, Proyecto MotherCare II/Guatemala. REVISIÓN DE FICHA CLÍNICA DE MUERTE PERINATAL HOSPITALARIA MH-2, Formato, s.f., Guatemala
- 19) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, Departamento Materno Infantil, Proyecto MotherCare II/Guatemala. PRIMER ENCUENTRO DE COMADRONAS Y PERSONAL HOSPITALARIO. AREA DE SALUD SAN MARCOS, Informe de trabajo. Guatemala, diciembre de 1998.

- 20) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, Departamento Materno Infantil, Proyecto MotherCare II/Guatemala, USAID. MORTALIDAD MATERNA HOSPITALARIA 1994-1995. Guatemala, noviembre de 1996.
- 21) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, Departamento Materno Infantil, Proyecto MotherCare II/Guatemala, Área de Salud de San Marcos. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO MORTALIDAD MATERNA ÁREA DE SALUD SAN MARCOS 1997-1998, s.f. Guatemala.
- 22) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, Departamento Materno Infantil, Proyecto MotherCare/AID. INFORME FINAL. CAPACITACIÓN SOBRE COMUNICACIÓN INTERPERSONAL Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y PERINATAL PARA PERSONAL HOSPITALARIO DE SOLOLÁ, SAN MARCOS Y TOTONICAPÁN. Guatemala, Quetzaltenango, mayo de 1996.
- 23) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional Materno Infantil Área de Atención a la mujer, Proyecto Cuidado Materno. MANUAL DE METODOLOGÍA PARTICIPATIVA PARA TRABAJAR CON GRUPOS COMUNITARIOS EN SALUD DE LA MADRE Y DEL/LA RECIÉN NACIDO/A. Guatemala, septiembre de 1998.
- 24) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MotherCare, USAID, PROCESO DE CAPACITACIONES DE PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y COMADRONAS. Guatemala, noviembre 1996.
- 25) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MotherCare/USAID, Comisión de Educación Permanente. INSTRUMENTOS DE MONITOREO Y SEGUIMIENTO. CAPACITACIÓN EN RIESGO OBSTÉTRICO PERINATAL, s.f. Guatemala.
- 26) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Proyecto de Salud Materna-perinatal/MotherCare. SEÑALES DE PELIGRO DEL EMBARAZO, PARTO Y RECIÉN NACIDO. Cuaderno de trabajo Guatemala, 1996.
- 27) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Departamento Materno Infantil. PROYECTO DE SALUD MATERNA-PERINATAL. Trifoliar. Guatemala 1989-1996.
- 28) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MotherCare, USAID. CONSEJERÍA EN EL CONTROL PRENATAL. Rotafolio de uso individual, s.f., Guatemala.
- 29) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MotherCare/Guatemala. GUÍA PARA EL USO DE LOS PROGRAMAS DE RADIO "SALUD PARA LA VIDA". Guatemala, 1998.
- 30) MotherCare/Guatemala. INFORME DE PROGRESO, ENERO-MARZO 1999. Guatemala 1999.

- 31) MotherCare/Guatemala. SISTEMATIZACIÓN DE LA CAPACITACIÓN TUTORIAL EN COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PERINATALES PARA MÉDICOS. 1997-MAYO 1998. Informe de trabajo Guatemala, enero de 1999
- 32) MotherCare/Guatemala. GUÍA PARA FACILITADORES DE COMADRONES. Documento de trabajo. Guatemala.
- 33) MotherCare/Guatemala. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO EN COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PERINATALES A PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA DE PUESTOS DE SALUD, TOTONICAPÁN. Informe de evaluación Guatemala, julio 1997.
- 34) MotherCare/Guatemala. INFORME DEL TUTOR EN HOSPITALES DE ÉNFASIS HOJAS DE REGISTRO DEL TUTOR PARA EVALUAR 1997-1998. Hospital Regional de Occidente. Guatemala, 1998.
- 35) MotherCare/Guatemala. HOJAS DE REGISTRO DEL TUTOR PARA EVALUAR EL PROCESO DE LA TUTORÍA DE ENFERMERÍA A NIVEL HOSPITALARIO, 1997-1998. Reporte de trabajo, s.f. San Marcos, Guatemala.
- 36) MotherCare/Guatemala. HOJAS DE REGISTRO DEL TUTOR PARA EVALUAR EL PROCESO DE LA TUTORÍA DE ENFERMERÍA A NIVEL HOSPITALARIO, 1997-1998. Reporte de trabajo, s.f. Sololá, Guatemala.
- 37) MotherCare II/Guatemala. OVERVIEW MATERNAL AND PERINATAL HEALTH IN GUATEMALA, s.f., Guatemala.
- 38) MotherCare II. WORKPLAN, OCTOBER/98- SEPTEMBER/99 Guatemala
- 39) MotherCare/Guatemala. PLAN DE SEGUIMIENTO EN EL MANEJO DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PERINATALES PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LOS CENTROS DE SALUD DE COMITANCILLO Y NAHUALÁ s.f., Guatemala.
- 40) MotherCare. Informe de seguimiento a maternidades comunitarias, informe de trabajo, s.f., Guatemala.
- 41) MotherCare/Guatemala. Borrador de cuadros de análisis de comportamientos muy importantes y menos factibles de influenciar. Hojas de trabajo, s.f., Guatemala
- 42) MotherCare/Guatemala. Reunión AID/Objetivo Estratégico, 24 de noviembre de 1998. Fotocopia de acetatos. Guatemala.

- 43) MotherCare/AID. ESTUDIO HOSPITALARIO DE MUERTE MATERNA. HOSPITAL NACIONAL DE QUETZALTENANGO, DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD. 1994-1997, s.f., Guatemala.
- 44) MotherCare/AID. ESTUDIO HOSPITALARIO DE MUERTE MATERNA. HOSPITAL NACIONAL DE TOTONICAPÁN, DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD. 1994-1997, s.f., Guatemala.
- 45) MotherCare/AID. ESTUDIO HOSPITALARIO DE MUERTE MATERNA. HOSPITAL NACIONAL DE SAN MARCOS, DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD. 1994-1997, s.f., Guatemala.
- 46) MotherCare/AID. ESTUDIO HOSPITALARIO DE MUERTE MATERNA. HOSPITAL NACIONAL DE SOLOLÁ, DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD. 1994-1996, s.f., Guatemala.
- 47) MotherCare/USAID. LOGRAR LA MATERNIDAD SIN RIESGOS. LA EXPERIENCIA DE MOTHERCARE EN GUATEMALA, BOLIVIA Y ECUADOR 1989-1993, pp. 23-31 y 42-78.
- 48) MotherCare. BOLETÍN CUIDADO MATERNO Números 1 al 5, enero-marzo 1997, abril-junio 1997, julio-septiembre 1997, octubre-diciembre 1997, enero-junio 1998. Guatemala.
- 49) MotherCare/AID. SISTEMATIZACIÓN DE LA CAPACITACIÓN TUTORIAL EN COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PERINATALES PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA, MAYO 1997-MAYO 1998. Guatemala, enero de 1999.
- 50) MotherCare/Guatemala. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO EN COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PERINATALES A PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA DE CENTROS Y PUESTOS DE SALUD DE SAN CARLOS SIJA, COMITANCILLO Y NAHUALÁ. Guatemala, marzo de 1998.
- 51) MotherCare. Segunda evaluación de la capacitación tutorial. Avance de resultados, primer borrador. Guatemala, junio de 1999.
- 52) Proyecto Cuidado Materno. PLAN DE INTERVENCIÓN MATERNO PERINATAL. MOTHERCARE II, FASE II, Plan de trabajo. Guatemala, enero 1997-junio 1998.
- 53) Ortíz Alvarado José Fernando y Bocaletti Elizabeth de. PROYECTO "CUIDADO DE LA MADRE Y EL NEONATO". Análisis Situacional, Áreas de Salud de San Marcos, Totonicapán, Sololá, Sacatepéquez, Chimaltenango. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MotherCare, USAID. Guatemala, octubre de 1994.

Ruano Alicia. PLAN DE SEGUIMIENTO EN EL MANEJO DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PERINATALES PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LOS CENTROS DE SALUD DE COMITANCILLO Y NAHUALÁ. Guatemala, mayo 1999

Villaseñor de Cross Yadira, Barrios Izaguirre Gustavo y González Carlos Gonzalo INFORME FINAL. CAPACITACIÓN DE COMADRONAS SOBRE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y PERINATAL EN LAS ÁREAS DE SALUD DE SOLOLÁ, SAN MARCOS, TOTONICAPÁN Y QUETZALTENANGO. Guatemala, noviembre de 1996.

ENTREVISTAS

Alfaro Dina. Enfermera Servicio de Maternidad Hospital Nacional de Suchitepéquez. 10 de junio de 1999, Suchitepéquez.

Barrios Izaguirre Gustavo Adolfo. Coordinador departamental de Quetzaltenango, Totonicapán y San Marcos, Proyecto MotherCare. 9 de junio de 1999, Quetzaltenango.

Bocaletti Elizabeth de. Coordinadora Nacional Proyecto MotherCare Guatemala. 31 de mayo de 1999, Ciudad de Guatemala.

Caballeros César. Director del Hospital Nacional de Sololá. 8 de junio de 1999, Sololá.

Calderón Víctor. Director Proyecto Hope. 10 de junio de 1999, Quetzaltenango.

Carrillo Néstor. Jefe de Área de Salud Sololá. 8 de junio de 1999, Sololá.

Celada Migdalia de. Coordinadora departamental Retalhuleu y Suchitepéquez, Proyecto MotherCare. 10 de junio de 1999, Retalhuleu.

Cifuentes Otto. Jefe del Distrito de Salud de San Carlos Sija, Quetzaltenango. 11 de junio de 1999, San Carlos Sija, Quetzaltenango.

Cotton Hugo. Jefe del Distrito de Salud de San Antonio Suchitepéquez. 10 de junio de 1999, San Antonio Suchitepéquez, Suchitepéquez.

Godínez Esperanza. Enfermera Servicio de Labor y Partos, Maternidad Hospital Nacional de San Marcos. 9 de junio de 1999, San Marcos.

Margos Demetrio. Asistente del Componente de Movilización Comunitaria, Proyecto MotherCare, sede Quetzaltenango. 11 de junio de 1999, Quetzaltenango.

Martín Pérez Dominga. Comadrona San Marcos La Laguna, Sololá. 8 de junio de 1999, Sololá.

Prado Quintanilla Mario. Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia Hospital Nacional de San Marcos. Médico Tutor de capacitación. 9 de junio de 1999, San Marcos.

Rodríguez Silvia. Jefe del Departamento de Enfermería, Hospital Nacional de Sololá. 8 de junio de 1999, Sololá.

Ruano Alicia. Coordinadora del Componente de Capacitación Proyecto MotherCare
20 de mayo de 1999, Ciudad de Guatemala

Santiago Meticela de Jefe del Departamento de Enfermería Hospital
de Suchitepéquez. 10 de junio de 1999, Suchitepéquez

Velásquez Vilma. Enfermera de Área de Salud de San Marcos. 9 de junio de 1999
San Marcos.

Victoria de Saravia Clara Luz. Directora del Hospital Nacional de Suchitepéquez
10 de junio de 1999, Suchitepéquez.

Villaseñor de Cross Yadira. Coordinadora departamental de Sololá, Proyecto
MotherCare. 8 de junio de 1999, Sololá.

Yax Jorge. Director del Hospital Nacional de Totonicapán. 9 de junio de 1999
Totonicapán.