

Informe

ESTUDIO FINAL DE IMPACTO DE LA ESTRATEGIA IEC/C “POR UNA MATERNIDAD SEGURA” DE MOTHERCARE II – BOLIVIA

**Elaborado por Diagnosis S.R.L.
Para MotherCare II – Bolivia
La Paz, febrero de 2000**

315a

A

INDICE

	Pág.
1. INTRODUCCION.....	1
2. METODOLOGIA.....	6
2.1. Introducción (7)	
2.2. Objetivos del estudio (7)	
2.3. Estrategia metodológica (9)	
2.4. Variables del estudio (12)	
2.5. Técnica de investigación (13)	
2.6. Análisis de la información (16)	
3. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA ...	17
4. COBERTURA DE LA ESTRATEGIA IEC/C “POR UNA MATERNIDAD SEGURA”	23
4.1. Introducción (24)	
4.2. Nivel de audiencia e intensidad de audiencia de la Radionovela “Diario de un Destino” (25)	
4.3. Nivel de audiencia e intensidad de audiencia de los microprogramas dirigidos a esposos / parejas (28)	
4.4. Uso de materiales educativos interactivos de MotherCare en los servicios de salud (31)	
4.5. Conclusiones (32)	
5. CAMINO DE LA SOBREVIVENCIA DE MOTHERCARE Y MODELO DE CAMBIO DE CONDUCTA	34
5.1. Introducción (35)	
5.2. Reconocimiento espontáneo de complicaciones obstétricas y neonatales (35)	
5.3. Valoración de peligro de complicaciones obstétricas y neonatales (41)	
5.4. Toma de decisión e intención de uso de servicios de salud en caso de complicaciones (44)	
5.5. Plan de acceso al servicio de salud en caso de complicaciones (47)	
5.6. Utilización de servicios materno-infantiles (49)	
5.7. Expectativas respecto de los servicios de salud (53)	
5.8. Percepción de las normas de atención de complicaciones (56)	
5.9. Conclusiones (61)	

6. SATISFACCIÓN DE LA USUARIA CON LOS SERVICIOS DE SALUD	64
6.1. Introducción (65)	
6.2. Rapidez en la atención en el servicio de salud (66)	
6.3. Satisfacción con la atención en el servicio de salud (67)	
6.4. Intención de réplica de uso de los servicios de salud (68)	
6.5. Recomendación de uso de los servicios de salud (68)	
6.6. Conclusiones (69)	
7. INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN INTERPERSONAL Y CONSEJERIA	71
7.1. Introducción (72)	
7.2. Información sobre complicaciones obstétricas y neonatales (72)	
7.3. Comunicación interpersonal y consejería (73)	
7.4. Conclusiones (75)	
8. RESPETO A LAS COSTUMBRES TRADICIONALES DE LA COMUNIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD	76
8.1. Introducción (77)	
8.2. Percepción sobre el respeto de costumbres en el servicio de salud (77)	
8.3. Incorporación de costumbres en los servicios de salud (78)	
8.4. Conclusiones (80)	
9. INFORMACIÓN SOBRE ANEMIA, PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	81
9.1. Introducción (82)	
9.2. Información sobre anemia y pastillas de sulfato ferroso (82)	
9.3. Información sobre planificación familiar (86)	
9.4. Información sobre enfermedades de transmisión sexual (86)	
9.5. Conclusiones (87)	

10. ANÁLISIS DE FUERZA	89
10.1. Introducción (90)	
10.2. Variables con tendencia al cambio y estadísticamente significativas (91)	
10.3. Análisis estadístico en los segmentos de la comunidad (93)	
10.4. Análisis estadístico en los servicios de salud (99)	
10.5. Análisis estratificado (101)	
11. CONCLUSIONES	103
12. RECOMENDACIONES	109
ANEXOS	12

d

1

Introducción

El presente informe es el resultado de una encuesta realizada por Diagnosis S.R.L. por encargo de MotherCare II – Bolivia con el fin de evaluar el impacto de la Estrategia de Información, Educación, Comunicación y Consejería (IEC/C) “Por una Maternidad Segura” que se viene aplicando en siete distritos de salud de los departamentos de La Paz y Cochabamba desde julio de 1997.

Esta estrategia tiene como objetivo el apoyo a los programas estatales de disminución acelerada de la morbi – mortalidad materna y neonatal debidas a complicaciones obstétricas y neonatales. Por esta razón su objetivo general es incrementar el reconocimiento de complicaciones obstétricas y neonatales, impulsar la apropiada y oportuna toma de decisiones en caso de presentarse una complicación obstétrica y/o neonatal, el adecuado acceso a los servicios de salud, el uso de estos servicios y la mejora en la calidad de atención de los mismos¹.

Esta estrategia tuvo como público objetivo a dos segmentos:

- A los/as proveedores/as de salud².
- A la comunidad, donde, a su vez, se establecieron dos subsegmentos:

¹ Para mayores detalles ver Kaune, Verónica. Estrategia de Información, Educación, Comunicación y Consejería (IEC/C) Por una Maternidad Segura, para la Comunidad y Proveedores de Salud. s/e, MotherCare: La Paz, 1996.

² Por razones estrictamente gramaticales y para facilitar la lectura, en el presente informe se usará el género masculino para hacer referencia a conjuntos mixtos de hombres y mujeres, tal como rige en el castellano. Esto no quiere decir que se haga una discriminación de sexo.

- Un grupo objetivo primario compuesto por las mujeres en edad fértil (particularmente a las mujeres embarazadas o puerperas).
- Y un grupo objetivo secundario compuesto por esposos / parejas de mujeres en edad fértil.

Durante el proceso de elaboración de la mencionada estrategia, de diseño y validación de los materiales comunicacionales, de evaluación de medio término y en la actual etapa de evaluación final de impacto, Diagnosis S.R.L. proveyó los servicios de investigación en las etapas de diagnóstico, seguimiento y evaluación bajo la dirección de la Lic. Verónica Kaune de MotherCare. En este marco, Diagnosis realizó un Estudio de Medio Término de la mencionada estrategia; el mismo se llevó a cabo entre julio y agosto de 1998; a un año de implementación de la estrategia de MotherCare “Por una Maternidad Segura”³.

Después de dos años de aplicación de la Estrategia IEC/C “Por una Maternidad Segura”, entre septiembre y noviembre de 1999 se ha llevado a cabo el presente estudio para identificar el impacto de esta estrategia. Este estudio consistió en la aplicación de un cuestionario estructurado a una muestra estadísticamente representativa del público objetivo⁴.

La presentación de resultados se ha organizado de la siguiente manera: en la primera parte se describe detalladamente la metodología y las técnicas de recopilación de información y análisis empleadas para la evaluación del impacto de la Estrategia de MotherCare.

En la segunda parte se presentan los resultados de la evaluación comenzando con una descripción de las características sociodemográficas de la muestra seleccionada. Luego se analiza hasta qué punto se ha extendido el uso de los materiales educativos / interactivos elaborados para la Estrategia de MotherCare, y cuál ha sido su cobertura. En tercer lugar se estudia el impacto de la Estrategia en el reconocimiento de complicaciones obstétricas y neonatales, en la valoración de su gravedad, en la intención de uso de los servicios de salud y en las normas de la comunidad respecto de las complicaciones obstétricas y neonatales. En

³ Cfr. “Evaluación del Impacto de Medio Término de la Estrategia IEC/C: Por una Maternidad Segura de MotherCare II-Bolivia, La Paz: 1998, s/e.

⁴ Sobre los detalles metodológicos y técnicos ver el Capítulo 2 del presente informe.

cuarto lugar se habla sobre la satisfacción de las usuarias de los servicios de salud. El quinto acápite se refiere a la información recibida en los servicios de salud sobre complicaciones obstétricas y neonatales. El sexto punto habla sobre la comunicación interpersonal y la consejería brindada. El séptimo punto se refiere al respecto de las costumbres de la comunidad en los servicios de salud. En los siguientes puntos se tocan temas como la anemia en mujeres embarazadas y púerperas, la planificación familiar y las enfermedades de transmisión sexual en la percepción de las personas entrevistadas en el estudio.

En la tercera parte del presente informe se ponen en consideración algunas conclusiones y recomendaciones emergentes del presente estudio.

Al finalizar este acápite introductorio queremos reconocer y agradecer el apoyo de personas e instituciones que colaboraron con el presente estudio:

En primer lugar se debe mencionar a las personas (mujeres en edad fértil y sus esposos / parejas) de las comunidades donde se realizó el estudio. También a los proveedores de salud de los servicios de salud comprendidos en la investigación.

Agradecemos también el apoyo brindado por los directores de los distritos de salud donde se llevó a cabo el estudio: distritos I y II de El Alto, Ingavi/Los Andes e Illampu en el departamento de La Paz. Valle Bajo, Chapare-Valle-Puna, Capinota, Independencia, Tapacari, Valle Alto y Mizque en el departamento de Cochabamba.

Nuestros agradecimientos al Dr. Cuentas, Ministro de Salud, y a todos sus colaboradores; en particular a los Directores de Salud de La Paz y Cochabamba. Al exdirector de Pro-Salud Dr. Antelo y a todo el personal de esta institución que apoyaron la recolección de datos en el Distrito I de El Alto.

Reconocemos el aporte del equipo de encuestadores, supervisores, crítico-codificadores y programadores de MKT-Marketing S.R.L. quienes se encargaron de todo el trabajo de campo y el procesamiento inicial de los cuestionarios. También ponemos de relieve el aporte del Lic. Hugo Arévalo en el procesamiento estadístico de la información. De igual manera ponderamos el trabajo del equipo de Diagnóstico S.R.L. que, junto

con el equipo de MotherCare II - Bolivia estuvieron a cargo del diseño del estudio y del presente informe final.

En el diseño y elaboración del informe, el aporte de Beatriz Selwyn y de Martín Fishbein fue esencial y muy útil.

Finalmente expresamos nuestro reconocimiento a la cobertura institucional de MotherCare Washington; en particular a Colleen Conroy quien siempre apoyó decididamente la realización de este proyecto. De igual manera agradecemos la cooperación y orientación del Dr. Guillermo Seoane, Director de MotherCare II-Bolivia.

A todos ellos nuestro reconocimiento y gratitud; sin su apoyo el presente informe no hubiese sido posible; empero los errores que él se puedan encontrar son de exclusiva responsabilidad nuestra.

Lic. Julio Córdova
Director
Diagnosis S.R.L

2

Metodología

2.1. Introducción.

En el presente acápite se describirá de manera detallada el proceso metodológico que guió este Estudio Final de Impacto de la Estrategia IEC/C de MotherCare.

En primer lugar se presentan los objetivos que guiaron el estudio para después describir el diseño metodológico, los procedimientos técnicos para el diseño muestral y la construcción del instrumento, y los pasos en la recopilación y análisis de la información.

2.2. Objetivos del Estudio.

a) Objetivos Generales.

- Identificar los cambios en el reconocimiento espontáneo y en la valoración de complicaciones obstétricas y neonatales, la intención de uso de servicios de salud y la planificación del acceso a los mismos en caso de complicaciones obstétricas y neonatales, además de las percepciones sobre las normas de la comunidad respecto de la atención de complicaciones obstétricas y neonatales.
- Identificar los cambios en el trato interpersonal, en la oferta de información, en el uso de materiales educativos y en el respeto de costumbres tradicionales de la comunidad por parte de los proveedores de salud que estuvieron expuestos a la campaña educativa y de capacitación de MotherCare; cambios que puedan ser identificados y valorados por las usuarias de los servicios de prenatal, parto y posparto.

b) Objetivos Específicos.

Identificar:

- Las diferencias en el reconocimiento espontáneo de complicaciones obstétricas y neonatales entre personas que escucharon la Radionovela Diario de un Destino y personas que no la escucharon.
- Las diferencias en la valoración de complicaciones obstétricas y neonatales entre personas que escucharon la Radionovela y las que no la escucharon.
- Las diferencias en la toma de decisión y la intención de uso de servicios de salud en el caso de presentarse complicaciones obstétricas y neonatales entre personas que escucharon la Radionovela y personas que no la escucharon.
- Las diferencias en la planificación de acceso a servicios de salud en el caso de complicaciones obstétricas y neonatales entre personas que escucharon la Radionovela y personas que no la escucharon.
- Las diferencias en las percepciones y actitudes frente a las normas de atención de complicaciones obstétricas y neonatales entre personas que escucharon la Radionovela y personas que no la escucharon.
- Las diferencias en la calidad de atención materno-infantil entre servicios de salud capacitados por MotherCare y los que no capacitados por esta institución, a través del grado de satisfacción de sus respectivas usuarias.
- Las diferencias entre la oferta de información y uso de material educativo entre servicios de salud capacitados por MotherCare y los no capacitados por esta institución, según la percepción de las usuarias de sus servicios materno-infantiles.
- Las diferencias en la calidad de relación y comunicación interpersonal del proveedor y la usuaria de servicios materno-infantiles, entre servicios de salud capacitados por MotherCare

y los no capacitados por esta institución, según las percepciones de las usuarias de estos servicios.

- Las diferencias en el respeto e incorporación de costumbres comunitarias en los servicios materno-infantiles entre servicios de salud capacitados por MotherCare y los no capacitados por esta institución, según la percepción de sus usuarias.
- El grado de conocimiento espontáneo y la valoración del peligro de la anemia en las etapas del embarazo y el posparto inmediato.
- La distribución de pastillas de hierro, y la información sobre su uso según las usuarias de los servicios de salud.
- Las diferencias en la oferta de información sobre la importancia del espaciamiento intergenésico (Planificación Familiar) y en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual (ETS's) en el embarazo.
- Las diferencias en la exposición a los materiales comunicacionales de la Estrategia IEC/C “Por una Maternidad Segura”.

2.3. Estrategia Metodológica.

a) Ambitos de Investigación.

La Estrategia “Por una Maternidad Segura” de MotherCare tuvo dos ámbitos de intervención:

- El ámbito de la comunidad donde el principal medio de intervención fue la difusión de la Radionovela “Diario de un Destino”¹, dirigida a tres segmentos poblacionales:
 - Dos segmentos considerados como audiencia primaria:

¹ Sobre los objetivos y diseño comunicacional de esta Radionovela ver Kaune, Verónica, Estrategia IEC/C “Por una Maternidad Segura”. La Paz: MotherCare, 1997, s.e. y Kaune, Verónica, Manual de Discusión para la Campaña Radial de la Estrategia IEC/C “Por una Maternidad Segura”. La Paz: MotherCare, 1998. s.e.

- Mujeres embarazadas y puérperas
- Mujeres en edad fértil no embarazadas con por lo menos un hijo entre los 7 meses y dos años.
- Un segmento considerado como audiencia secundaria: esposos/parejas de mujeres en edad fértil.
- El ámbito de los servicios de salud donde MotherCare realizó la capacitación a los proveedores de salud y la distribución de materiales educativos interactivos; en algunos casos también se distribuyeron insumos para apoyar a que los servicios de salud sean culturalmente adecuados a la comunidad²

Por esta razón el estudio Final de Impacto se realizó en estos dos ámbitos: en la comunidad y en los servicios de salud:

- En la comunidad se entrevistaron a:
 - Mujeres embarazadas y puérperas³.
 - Mujeres en edad fértil⁴ que no están embarazadas y que tienen hijos entre siete meses y dos años⁵.
 - Esposos/parejas de mujeres en edad fértil.
- En los servicios de salud se entrevistaron a usuarias de los servicios materno-infantiles (prenatal, parto, posparto inmediato y recién nacido).

² Frazadas para mantener abrigada a la mujer en el parto; colchonetas para dar la posibilidad de un parto en cuclillas; pijamas para que el esposos y/o la partera puedan estar presentes en el parto; bolsas de plástico para devolver la placenta a la mujer.

³ Que acaban de dar a luz en los últimos seis meses

⁴ De 15 a 45 años

⁵ Las mujeres en edad fértil que no tuvieron hijos nunca, fueron excluidas del estudio, porque, según la experiencia de estudios anteriores, no proporcionan mucha información relevante aunque estas mujeres, son un segmento importante en la estrategia comunicacional de MotherCare.

b) Diseño Cuasi-Experimental.

Como en el Estudio de Medio Término se diseñó una investigación cuasi-experimental basada en la comparación de un grupo experimental (expuesto al material y a las acciones comunicacionales de la Estrategia IEC/C de MotherCare) y un grupo de control (no expuesto a la estrategia IEC/C de MotherCare).

Se buscó una similitud sociodemográfica entre ambos grupos que haga posible la comparación⁶. De este modo, las diferencias entre ambos grupos pueden ser imputadas a la estrategia IEC/C de MotherCare.

De esta manera se tienen los siguientes segmentos del estudio:

Ambitos	Segmentos del Estudio	Grupo Experimental	Grupo de Control
Estudio en la Comunidad	Mujeres embarazadas o puérperas	Si Escucharon ⁷	No Escucharon ⁸
	Mujeres en edad fértil con por lo menos un hijo entre siete meses y dos años	Si Escucharon	No Escucharon
	Esposos/parejas de mujeres en edad fértil	Si Escucharon	No Escucharon
Estudio en los Serv. de Salud	Mujeres embarazadas o puérperas usuarias de los servicios materno-infantiles (prenatal, parto, posparto inmediato y recién nacido)	Servicios de Salud capacitados por MotherCare	Servicios de Salud NO capacitados por MotherCare

En el presente informe, con el objetivo de facilitar la lectura de cuatros, gráficos y del texto explicativo, se denominará al segmento de mujeres embarazadas o puérperas entrevistadas en la comunidad con el denominativo de “**Embarazadas**” (“Embarazadas que Si Escucharon” y “Embarazadas que No Escucharon”). El segmento de mujeres en edad fértil con por lo menos un hijo entre siete meses y dos años entrevistadas en la comunidad será denominado “**Edad Fértil**” (“Edad Fértil que Si Escucharon”, “Edad Fértil que No Escucharon”). El segmento de esposos/parejas de mujeres en edad fértil que fueron entrevistados en la comunidad será denominado “**Esposos/Parejas**” o simplemente “**Esposos**” (“Esposos que Si Escucharon”, “Esposos que No Escucharon”). Finalmente, las mu-

⁶ La “igualdad” absoluta es imposible en investigaciones de tipo experimental fuera de laboratorio.

⁷ La Radionovela Diario de un Destino

⁸ La Radionovela Diario de un Destino

jes embarazadas o púerperas, usuarias de los servicios materno-infantiles y que fueron entrevistadas en los servicios de salud serán denominadas como “En S. de Salud” (“En S. de Salud Capacitados⁹”, “En S. de Salud No Capacitados¹⁰”).

2.4. Variables del Estudio.

En el estudio se consideraron las siguientes variables que fueron estudiadas en los segmentos anteriormente mencionados:

a) Variables Independientes.

- Exposición a la radionovela Diario de un Destino
- Uso de servicios materno – infantiles de Servicios de Salud capacitados por MatherCare.
- Perfil sociodemográfico

b) Variables Dependientes.

- Reconocimiento espontáneo de complicaciones obstétricas y neonatales.
- Valoración del peligro de complicaciones obstétricas y neonatales
- Toma de decisión e intención de uso de servicios de salud en caso de complicaciones obstétricas y neonatales
- Planificación de acceso a los servicios de salud en caso de complicaciones obstétricas y neonatales.
- Utilización de los servicios materno infantiles de los servicios de salud.
- Actitudes frente a las normas de la comunidad para la atención de complicaciones obstétricas y neonatales.
- Expectativas de trato interpersonal, eficacia y respeto a las costumbres de la comunidad en los servicios de salud.
- Satisfacción general con el servicio de salud
- Comunicación interpersonal y consejería
- Uso de materiales educativos interactivos

⁹ Por MotherCare

¹⁰ Por MotherCare

- información y consejería sobre anemia, distribución de pastillas de hierro y consumo de pastillas de hierro.
- Información sobre espaciamiento intergenésico y sobre enfermedades de transmisión sexual.
- Incorporación de costumbres de la comunidad en la atención materno – infantil de los servicios de salud

2.5. Técnica de Investigación.

Para el presente estudio se utilizó la entrevista estructurada cara a cara (encuesta) para la recopilación de información primaria.

a) Población Objetivo.

La encuesta estuvo dirigida a las comunidades y servicios de salud comprendidos en los siete distritos de salud en los cuales trabaja MotherCare:

Departamento	Zona	Distrito de Salud
La Paz	Periurbana	• El Alto II
	Provincial	• Ingavi/Los Andes
Cochabamba	Periurbana	• Valle-Bajo (Quillacollo)
	Provincial	• Chapare-Valle-Puna • Capinota • Independencia • Tapacari

En el estudio en la comunidad, el grupo experimental (personas que escucharon la Radionovela Diario de un Destino) y el grupo de control (personas que no escucharon la Radionovela Diario de un Destino) vivían en las comunidades de estos distritos de salud. En cambio, en el estudio en los servicios de salud, el grupo experimental estuvo compuesto por los servicios de estos siete distritos de salud, y se buscaron servicios de salud de distritos que tengan la misma composición socioeconómica:

Distritos de Salud del Grupo Experimental (Capacitados por MotherCare)	Distritos de Salud del Grupo de Control (No Capacitados por MotherCare)
Distrito II El Alto	Distrito I El Alto
Ingavi/Los Andes	Illampu
Valle Bajo (Quillacollo)	Distrito Sur Cochabamba
Chapare – Valle - Puna	Valle Alto
Capinota Independencia Tapacari	Mizque

b) Muestreo.

Se utilizó un muestreo por cuotas. En base a los datos del estudio de medio término se estableció que, para lograr por lo menos nueve variables significativas se requiere de una muestra total de 2584 entrevistas.

Este tamaño de muestra fue distribuido entre los segmentos del estudio de la siguiente manera:

	Grupo Experimental	Grupo de Control	Total
Estudio en la Comunidad	Escucharon Radionovela	No escucharon Radionovela	
Embarazadas/puérperas	300	300	600
Edad Fértil	300	300	600
Esposos/Parejas	300	300	600
Total Comunidad	900	900	1800
Estudio en los Servicios de Salud	Capacitados MotherCare	No Capacit. MotherCare	
Embarazadas/puérperas	392	392	784
Total	1292	1292	2584

c) El Cuestionario.

Se utilizó como base el cuestionario utilizado en el estudio de Medio Término (Ver Anexo); el mismo consta de 108 preguntas. Se elaboró un cuestionario para las mujeres (embarazadas, en edad fértil y en servicios de salud, y un cuestionario para esposos/parejas más corto).

Antes de su aplicación definitiva, fue sometido a cuatro pruebas piloto con el fin de acercar la redacción de las preguntas al lenguaje cotidiano de los entrevistados.

d) El Trabajo de Campo.

Para el trabajo de campo se capacitaron a ocho equipos de cinco encuestadores cada uno de ellos. Cada equipo estuvo bajo las órdenes de un supervisor de campo. Además, cada en cada departamento se tuvo a un coordinador del trabajo de campo¹¹.

¹¹ En total participaron 40 encuestadores y 5 supervisores de la empresa MKT-Marketing S.R.L.

El 80% de los encuestadores ya tuvieron la experiencia de participar en el estudio de Medio Término de modo que estaban familiarizados con los objetivos del estudio, la metodología y la manera de aplicar el cuestionario.

El 60% de los encuestadores hablaba, además del castellano, el quechua y/o aymara, y varios de ellos eran oriundos conocían las poblaciones donde se realizaron las encuestas, lo que facilitó mucho el trabajo de campo.

Como se mencionó en la parte introductoria del presente informe, el trabajo de campo se realizó entre septiembre y octubre de 1999.

Las dificultades que se encontraron son las siguientes:

- Poca asistencia de usuarias a los servicios de salud del área provincial tanto de La Paz como de Cochabamba.
- Los problemas de accesibilidad a algunas poblaciones rurales debido al mal estado de carreteras en tiempo de lluvias.
- La época de cosecha dificultó la disponibilidad de los entrevistados en las comunidades.

Los aspectos que ayudaron en el levantamiento de los datos son:

- El dominio de las lenguas nativas de la mayoría de los encuestadores.
- La familiaridad con los objetivos y con el cuestionario de la mayoría de los encuestadores.
- La colaboración de los proveedores de salud, especialmente de los directores de los distritos de salud en el contacto con los servicios de salud seleccionados para el estudio.

e) El Procesamiento de la Información.

Todas las boletas fueron sometidas a un proceso de crítica a cargo de personal cualificado en esta área.

Se elaboró una pantalla de captura de datos con sus propios autocontroles de validación de contenido. Antes de su aplicación definitiva este programa fue sometido a pruebas.

La información fue transcrita por un equipo especializado de técnicos, bajo la supervisión del programador del proyecto.

La base de datos fue sometida a dos controles de calidad:

- La revisión aleatoria del 10% de los registros para confirmar concordancia con las respectivas boletas.
- Una revisión de consistencia a través del método roudom-files.

2.6. Análisis de la Información.

El análisis de la información se realizó a través de los siguientes pasos:

- Elaboración del plan de análisis..
- Análisis porcentual simple a través de cruces simultáneos de variables en el paquete SPSS.
- Análisis de fuerza
- Uso del chi cuadrado.
- Análisis simultáneo de tres variables

El análisis se orientó a identificar las diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y el grupo de control, de modo que se pueda precisar cuál es la influencia específica de la Estrategia IEC/C de MotherCare en las variables dependientes estudiadas en la investigación.

3
Características
Sociodemográficas
de la Muestra

Antes de presentar los resultados del estudio es necesario describir las características sociodemográficas de los distintos segmentos que componen la muestra del estudio. De esta manera se contará con elementos estructurales que ayudarán a comprender los resultados que posteriormente se presentan.

En el Cuadro 1 (pág. siguiente) se observan tres tipos de situaciones respecto de la edad de los segmentos de la muestra:

- Las mujeres del grupo de control en embarazadas y personas entrevistadas en los servicios de salud son más jóvenes que las mujeres del grupo experimental de ambos segmentos. Es de suponer que las mujeres menos jóvenes (grupo experimental) tengan mayores opciones asumir una actitud propia más independiente de las normas de la comunidad respecto de las complicaciones obstétricas y neonatales; en cambio, las más jóvenes (grupo de control) están más sometidas a las normas dominantes como se verá más adelante.
- Por el contrario, entre las mujeres en edad fértil, son las entrevistadas del grupo experimental más jóvenes que las del grupo de control.
- Finalmente entre esposos/parejas no se observan diferencias de edad importantes entre el grupo experimental y el de control.

Cuadro 1. Composición Sociodemográfica de la Muestra

	Embarazadas		Edad Fértil		Esposos/Parejas		Mujeres en S. de Salud	
	SI Escucharon (300)	NO Escuharon (300)	SI Escucharon (300)	NO Escuharon (300)	SI Escucharon (300)	NO Escuharon (300)	Capacitados (392)	No capacitados (392)
Totales (N) 2584								
EDAD								
15 a 20 años	15%	26%	12%	10%	5%	2%	27%	31%
21 a 25 años	34%	29%	28%	23%	18%	17%	31%	32%
26 a 30 años	25%	23%	24%	26%	23%	22%	20%	21%
31 a 35 años	16%	12%	16%	21%	19%	21%	13%	10%
36 a 40 años	9%	7%	13%	15%	16%	19%	7%	5%
41 a 45 años	1%	3%	7%	6%	11%	11%	2%	1%
46 y más años	0%	0%	0%	0%	8%	8%	0%	0%
ESTADO CIVIL								
Casada/Conviviente	96%	95%	92%	93%	100%	100%	91%	90%
Soltera	3%	5%	6%	4%			8%	9%
Separada	0%	1%	1%	2%			1%	1%
Viuda			1%				1%	
CUANTOS HIJOS TUVO								
1er embarazo	17%	24%			2%	2%	24%	31%
1	24%	27%	23%	25%	20%	19%	29%	29%
2	18%	19%	27%	16%	25%	26%	17%	14%
3	16%	15%	18%	22%	15%	22%	13%	11%
4	10%	3%	15%	17%	15%	14%	6%	7%
5 a 6	12%	8%	12%	14%	17%	9%	7%	6%
7 a 9	2%	3%	4%	6%	6%	8%	2%	2%
10 y más	1%	1%	1%				2%	
DONDE NACIO SU ULTIMO HIJO								
Centro Salud/Hosp.	48%	47%	66%	65%	57%	59%	57%	53%
Casa	35%	28%	33%	35%	41%	38%	18%	15%
No tiene hijos	17%	24%			2%	3%	24%	31%
NS/NR		1%						
NIVEL DE INSTRUCCIÓN								
Ninguno	11%	10%	7%	9%	3%	3%	9%	7%
Primaria incompleta	35%	33%	32%	30%	26%	23%	30%	26%
Primaria completa	13%	11%	15%	12%	12%	7%	9%	18%
Secundaria incompleta	20%	22%	23%	23%	29%	29%	26%	26%
Secundaria completa	18%	18%	15%	15%	20%	24%	19%	18%
Técnico medio	2%	3%	4%	7%	5%	6%	4%	2%
Técnico superior	2%	2%	3%	4%	5%	7%	3%	3%
OCUPACION PRINCIPAL DEL JEFE DE HOGAR								
Agropecuaria	22%	25%	20%	21%	25%	23%	21%	20%
Comercio	8%	6%	12%	12%	8%	7%	6%	8%
Artesanía	9%	7%	5%	7%	12%	12%	6%	9%
Asalariado	48%	50%	49%	48%	43%	44%	57%	53%
Transportista	7%	4%	6%	6%	3%	5%	3%	4%
Otro	6%	7%	8%	6%	9%	9%	6%	6%
NS/NR	1%	1%		1%			1%	1%
DONDE VIVE LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO								
Comunidad rural	20%	18%	17%	19%	24%	22%	14%	17%
Pueblo	28%	30%	31%	29%	24%	26%	39%	20%
Zona periurbana	51%	52%	52%	52%	51%	51%	47%	64%
Otro			0%		1%	0%	0%	0%

Esta relación de edad se confirma cuando se analiza el número de hijos en cada segmento: hay una mayor cantidad de primíparas en el grupo de control de las embarazadas y de las entrevistadas en los servicios de salud precisamente porque ellas son más jóvenes que las del grupo de control.

Inversamente, entre las mujeres en edad fértil, las del grupo experimental se concentran en las que tienen uno o dos hijos, mientras que las del grupo de control son más entre las que tienen de tres a más hijos (de mayor edad).

Aunque entre los esposos/parejas existe una similar estructura de edades, se observa que los que sí escucharon la Radionovela (grupo experimental) tuvieron más hijos¹ que los que no escucharon la Radionovela (grupo de control).

Las mujeres en edad fértil (tanto del grupo experimental como del grupo de control) son las que han tenido en mayor porcentaje su último hijo en el servicio de salud: 2 de cada 3 de estas mujeres han dado a luz en un Centro u Hospital; inversamente, sólo 1 de cada 3 ha dado a luz en la casa. Este porcentaje muestra la tendencia normal de uso de los servicios de salud en el parto ya que los porcentajes de uso de las embarazadas y las entrevistadas en los servicios de salud están distorsionados por la presencia de mujeres en su primer embarazo, de quienes no se sabe dónde darán a luz.

No existen diferencias apreciables en el nivel de instrucción entre los segmentos del estudio; la estructura de educación formal entre los grupos experimentales y los de control es básicamente la misma, especialmente entre las embarazadas y las mujeres en edad fértil.

Entre los esposos/parejas los que no escucharon la Radionovela (grupo de control) tiene mayor nivel de instrucción respecto de los que sí la escucharon (grupo experimental). También las mujeres entrevistadas en centros de salud capacitados por MotherCare se concentran más en los niveles inferiores (primaria incompleta para abajo) que las mujeres entrevistadas en los servicios de salud no capacitados por MotherCare.

Donde se observa una mayor homogeneidad entre los grupos de control y los grupos experimentales es en la ocupación principal del jefe de hogar. En todos los casos la estructura ocupacional es básicamente la misma. En ella predominan dos grupos:

¹ El porcentaje de estos esposos/parejas se concentra en los que tuvieron 4 o más hijos.

- Los asalariados que están cerca del 50% en todos los grupos y que corresponden en su mayoría a los que viven en las zonas periurbanas de nuestra ámbitos de estudio (El Alto en La Paz y Quillacollo en Cochabamba).
- Los que viven de la agropecuara que están entre el 20% y 25% en todos los grupos, que viven la mayor parte del tiempo en comunidades rurales.

El lugar principal de residencia es similar entre los grupos de control y experimental de embarazadas, edad fértil y esposos/parejas (aquellas personas que fueron entrevistadas en el área de su residencia). En cambio, entre las mujeres entrevistadas en los propios servicios de salud existe una mayor cantidad de pueblerinas en el grupo experimental, y una mayor cantidad de ciudadinas en el grupo de control.

Como se observa en el Cuadro 1 existe una gran similitud en la composición sociodemográfica de la muestra, lo que permite una comparación perfectamente válida entre los grupos experimentales y los grupos de control de cada segmento (embarazadas, edad fértil, esposos/parejas y mujeres entrevistadas en los servicios de salud).

El perfil general de esta muestra puede describirse así:

- Personas comprendidas sobre todo entre los 20 a 30 años
- Casados
- Con 1 a 3 hijos
- 2 de cada 3 usan el servicio de salud para dar a luz
- Con un nivel de instrucción de primaria a secundaria incompleta
- El 50% es asalariado/ciudadino y el 20% está en la agropecuaria y vive en comunidades rurales.

Las diferencias son más de matiz antes que estructurales, y se concentran en dos variables: edad y nivel de instrucción:

- Los más jóvenes están en los grupos de control (embarazadas en la comunidad y mujeres de servicios de salud)
- En los grupos experimentales hay una ligera tendencia a tener menor nivel de instrucción (primaria incompleta para abajo) en comparación a los grupos de control.

Entre las mujeres entrevistadas en los servicios de salud capacitados por MotherCare hay más pueblerinas y en las entrevistadas en los servicios de salud no capacitados por MotherCare hay más ciudadinas.

4

**Cobertura de la Estrategia IEC/C
“Por Una Maternidad Segura”**

4.1. Introducción.

Una vez que se analizó la estructura sociodemográfica de los segmentos de la muestra en el anterior capítulo, se pasa ahora a describir la cobertura de los materiales comunicacionales de la Estrategia IEC/C “Por una Maternidad Segura”. Como se recordará las acciones comunicacionales de la Estrategia de MotherCare se consideran en el presente estudio como variables independientes que tienen que explicar luego las diferencias en los niveles de reconocimiento, valoración, toma de decisión de uso de los servicios de salud, actitudes frente a las normas y nivel de satisfacción con la atención de los servicios de salud entre el grupo experimental (expuesto a la Estrategia IEC/C) y el grupo de control (no expuesto a la Estrategia “Por una Maternidad Segura”)¹.

Por esta razón, antes de analizar las diferencias en las variables dependientes es necesario describir la cobertura que alcanzaron algunas acciones comunicacionales de la Estrategia IEC/C de MotherCare. El presente capítulo está destinado a este fin.

¹ Cfr. el Capítulo 2 de este informe.

La Estrategia IEC/C “Por una Maternidad Segura” consta de dos componentes:

El Componente Materiales Educativos Interactivos (afiches, trípticos, rotafolios, panfletos) que fueron utilizados en los servicios de salud para asegurar una mejor comunicación interpersonal entre proveedores de salud y usuarias.

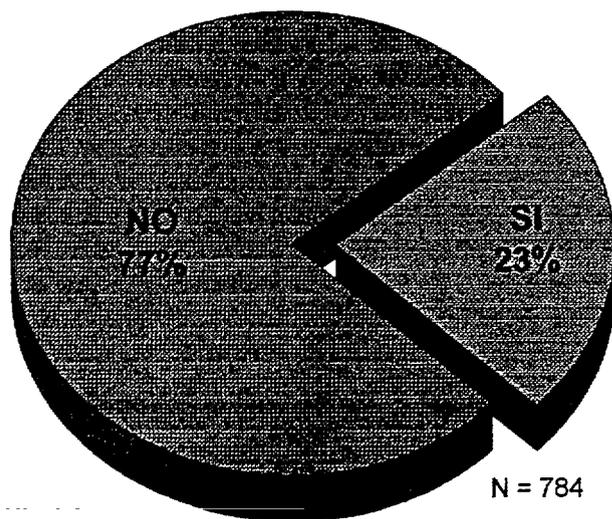
El Componente de la Campaña Radial (cuñas publicitarias, canciones, resumen de la Radionovela “Diario de un Destino”, 60 capítulos de esta Radionovela “Diario de un Destino”, 20 cuñas dirigidas a esposos / parejas de mujeres en edad fértil). La base de la campaña radial fue “educar en base al entretenimiento”.

En la primera parte se estudiará el nivel de audiencia de la Radionovela entre las mujeres entrevistadas en los servicios de salud, y la intensidad de audiencia de esta Radionovela entre los diferentes segmentos de la muestra. En el segundo acápite se analizará la exposición de los diferentes segmentos a los microprogramas dirigidos a esposos/parejas de mujeres en edad fértil. Finalmente se describirá el uso de los materiales educativos e interactivos elaborados por MotherCare en los servicios de salud.

4.2. Nivel de Audiencia e Intensidad de Audiencia de la Radionovela “Diario de un Destino”.

En primer lugar se debe analizar el nivel de audiencia de la Radionovela “Diario de un Destino” entre las mujeres entrevistadas en los servicios de salud. Es decir, cuántas de estas mujeres escucharon la Radionovela. Hay que recordar que entre estas mujeres las cuotas se definieron en función de quiénes fueron a servicios de salud capacitados por MotherCare y quienes fueron a servicios de salud no capacitados por MotherCare, dejando al azar quiénes escucharon o no escucharon la Radionovela.

Gráfico 1. Mujeres en S. de Salud: Escuchó la Radionovela “Diario de un Destino”?



En el Gráfico 1 se observa que 1 de cada 4 mujeres que fueron entrevistadas en todos los servicios de salud escuchó la Radionovela “Diario de un Destino”.

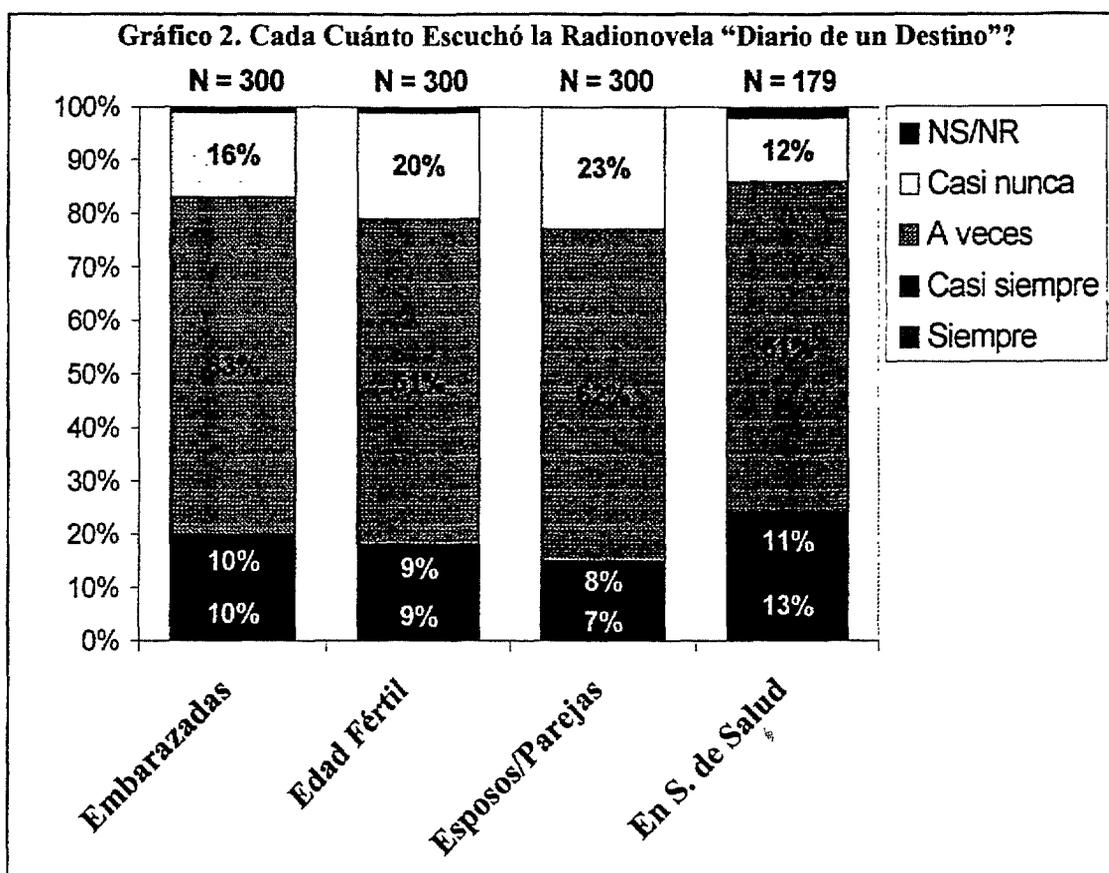
De acuerdo al estudio de audiencia de esta Radionovela² se sabe que la cobertura de la misma alcanzó en 1997 en La Paz al 67% y en Cochabamba al 9%. El nivel de audiencia del

23% que se observa en el Gráfico 1 es el resultado de la conjunción de las entrevistadas en Cochabamba y La Paz, donde el mayor peso de la muestra recayó en Cochabamba (departamento con menor nivel de audiencia),

² Ver Estudio de Audiencia de la Radionovela “Diario de un Destino”, 1997.

lo que hace que el total de audiencia se acerque más al nivel de Cochabamba que al de La Paz.

En el Gráfico 2 se puede observar la intensidad de audiencia de la Radionovela “Diario de un Destino” entre los diferentes segmentos de la muestra:



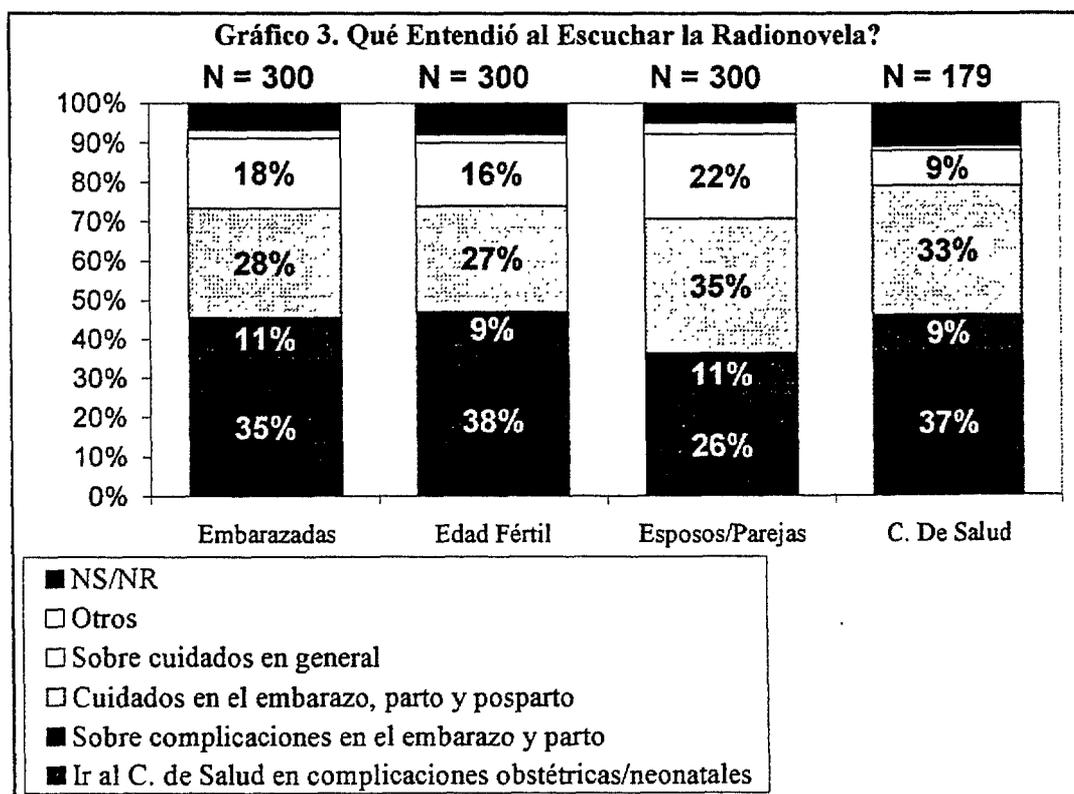
En el presente gráfico se observa que 6 de cada 10 entrevistados en todos los segmentos escuchó la Radionovela “a veces”. Ahora bien, en el estudio de audiencia de esta Radionovela (1997) se pudo constatar que aquellas personas que la escucharon “a veces” pudieron identificar muy bien el mensaje de la misma; lo mismo ha sucedido en esta oportunidad como se verá enseguida. Es decir, para comprender el mensaje de la Estrategia IEC/C “Por una Maternidad Segura” no se requiere una audiencia regular ni intensiva³.

³ Esto se debe a que en el diseño de la Campaña Radial se aseguró que cada capítulo sea suficiente por sí mismo para transmitir un mensaje completo.

Siguiendo con el Gráfico 2, se observa que la audiencia predominante de la Radionovela fue “ocasional” (a veces). En los extremos están los oyentes “regulares” (siempre, casi siempre) y los oyentes “esporádicos” (casi nunca). En los segmentos más involucrados con la problemática de las complicaciones obstétricas y neonatales (embarazadas/puérperas entrevistadas en la comunidad y en los servicios de salud) destaca el segmento de “oyentes regulares” que escucharon la Radionovela “siempre o casi siempre” (20% y 23% respectivamente); en cambio, el segmento de las “oyentes esporádicas” que casi no escucharon la Radionovela es menor (16% en embarazadas y 12% en s. de salud).

Lo contrario ocurre en los segmentos menos involucrados con la problemática (mujeres en edad fértil no embarazadas/puérperas y esposos/parejas). En estos segmentos los “oyentes esporádicos” que casi nunca escucharon la Radionovela están entre el 20% y 23% respectivamente; mientras que los oyentes “regulares” que escucharon la Radionovela siempre o casi siempre están entre el 18% y 15%.

Lo anterior quiere decir que la Radionovela ha llegado sobre todo a los segmentos de embarazadas/puérperas en la comunidad y en los servicios de salud; precisamente los que significaban el público objetivo prioritario de la misma.



A pesar que la mayoría de los entrevistados escuchó la Radionovela “a veces” (cerca del 60% en todos los segmentos), la mayoría (más del 70%) expresa una comprensión adecuada del mensaje global de la Radionovela (Identificar signos y señales de peligro en el embarazo, parto, posparto y con el recién nacido, ir al Centro de Salud en complicaciones, sobre complicaciones o sobre cuidados en el embarazo y parto). Como en el estudio de audiencia se confirma que para una adecuada comprensión del mensaje de la Radionovela no se requiere una audiencia intensiva de la misma.

Los segmentos que demuestran mayor comprensión del mensaje de la Radionovela son las mujeres en general: las que dijeron explícitamente que el mensaje de la Radionovela se refiere a ir al Centro de Salud en caso de complicaciones obstétricas y neonatales sobrepasan el 35%; mientras que entre los esposos/parejas este porcentaje llega al 26% (10 puntos porcentuales menos).

De modo que la Radionovela llegó principalmente a las mujeres embarazadas/puérperas (de la comunidad y de los servicios de salud) en cuanto a intensidad de audiencia; y llegó a todas las mujeres en cuanto a comprensión del mensaje. De hecho, la Radionovela tuvo su impacto entre la audiencia primaria de la misma: las mujeres en edad fértil, especialmente las embarazadas y puérperas.

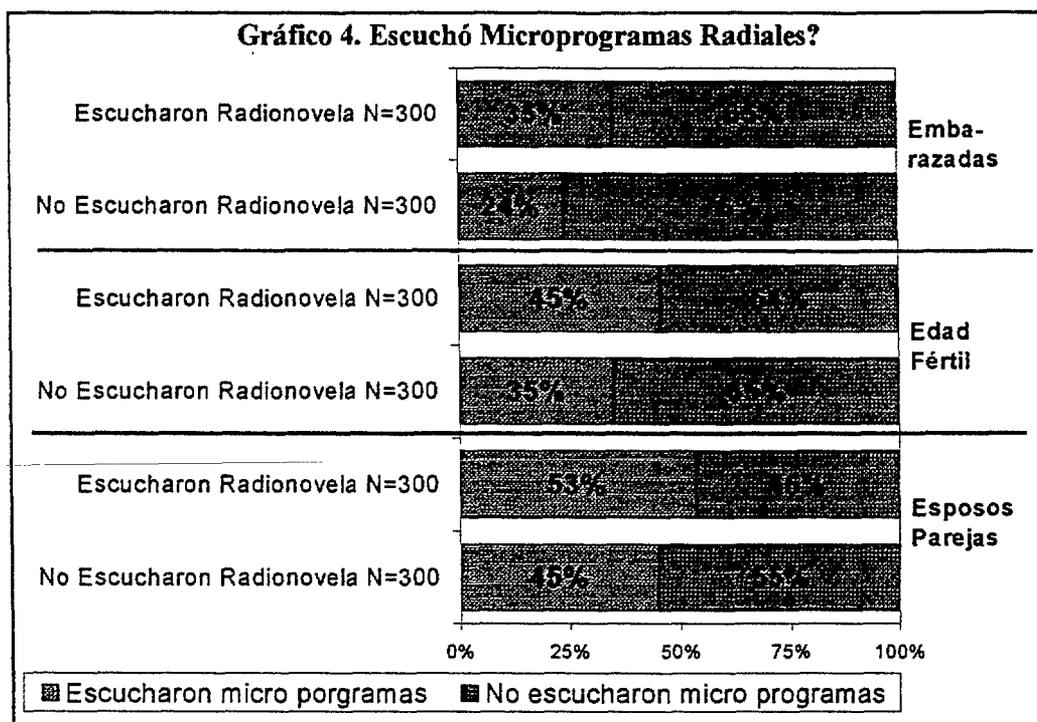
4.3. Nivel de Audiencia e Intensidad de Audiencia de los Microprogramas Dirigidos a Esposos/Parejas.

En la Estrategia IEC/C de MotherCare se implementó un componente adicional a la Radionovela “Diario de un Destino”. Se trata de microprogramas radiales dirigidos principalmente a esposos/parejas de mujeres en edad fértil⁴.

En el Gráfico 4 se observa que el segmento que más estuvo expuesto a los microprogramas dirigidos a esposos son precisamente los esposos/parejas de nuestra muestra: en promedio el 49% de estos entrevistados escucharon estos programas, mientras que este promedio baja al 40% en mujeres en edad fértil y a 28% en mujeres embarazadas.

⁴ Este componente de la estrategia fue diseñado a partir de los resultados del Diagnóstico de la Comunidad, en los cuales el esposo juega un rol central en la toma de decisión de uso de servicios de salud en el parto. Por ello era importante que el esposo/pareja sepa reconocer, valorar y tomar una decisión correcta cuando se presente una complicación obstétrica y/o neonatal.

Los programas fueron diseñados pensando principalmente en el esposo, de modo que es lógico que la mayor audiencia se diera en este segmento.



Se aprecia en el Gráfico 4 que en todos los casos, las personas que escuchan la Radionovela son también las que más escuchan los microprogramas radiales. La diferencia promedio entre ambos grupos es de 10 puntos porcentuales.

A partir de esta información se puede concluir que existe una importante relación entre escuchar la Radionovela y escuchar los microprogramas dirigidos al esposo. Ambos productos comunicacionales sensibilizan al oyente sobre temas de salud reproductiva y cuidado materno – neonatal, de modo que quienes están expuestos a uno de los dos productos comunicacionales (Radionovela o microprogramas) tiende a buscar más información y por ello escucha también el otro producto comunicacional.

Como se verá más adelante, la conjunción entre la Radionovela y los microprogramas permite un mayor impacto de la estrategia IEC/C en la población objetivo.

Cuadro 2. Qué Aprendió al Escuchar los Microprogramas Radiales?

Segmento	Embarazadas		Edad Fértil		Esposos / Parejas	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Escucharon Radionovela						
Hay que ir al Servicio de Salud si hay complicaciones O/N	34%	39%	35%	29%	31%	25%
Sobre complicaciones en el embarazo, parto, posparto	15%	10%	7%	13%	7%	5%
Sobre cuidado en el embarazo, parto, posparto	30%	21%	32%	27%	38%	37%
Sobre cuidados en general	13%	21%	26%	22%	23%	26%
Otros	2%	3%	1%	3%	1%	4%
NS/NR	5%	6%		6%	1%	2%
Total (N)	105	71	136	104	159	134

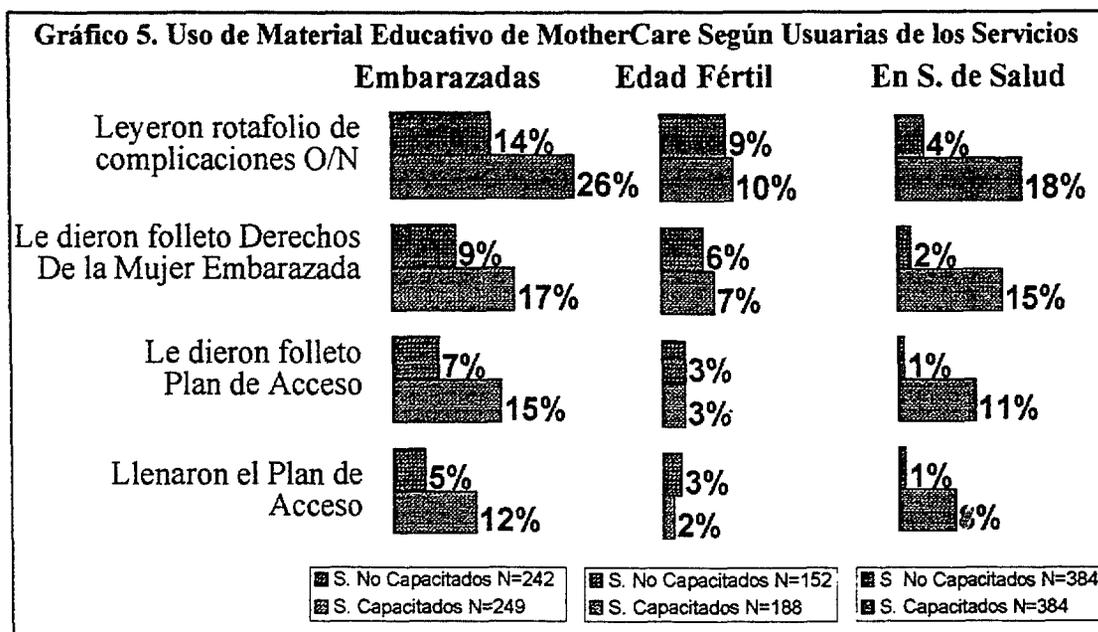
En el cuadro precedente se observa que entre las mujeres en edad fértil y entre los esposos/parejas, el grupo experimental (escuchó la radionovela) es el que asimiló en mayor medida que el grupo de control el mensaje central de estos programas (“hay que ir al Servicio de Salud en caso de complicaciones obstétricas y neonatales”): en ambos casos existe una diferencia porcentual de 6 puntos a favor del grupo experimental.

En el caso de las mujeres embarazadas el grupo experimental ha asimilado mejor mensajes intermedios: complicaciones en el embarazo, parto, posparto y cuidados en estas etapas. En cambio, el grupo de control (no escucharon la Radionovela) se fue a los extremos: 4 de cada 10 asimilaron mejor el mensaje central (hay que ir al servicio de salud en caso de complicaciones), pero también un importante porcentaje afirmó que el mensaje versa sobre “cuidados en general” (es decir no comprendieron a cabalidad el mensaje de los microprogramas).

Estas diferencias observadas entre las mujeres embarazadas que sí escucharon y las que no escucharon la Radionovela, se deben entre otros factores a un mayor nivel de instrucción del grupo de control⁵.

⁵ Ver el capítulo 3 del presente Informe.

4.4. Uso de Materiales Educativos Interactivos de MotherCare en los Servicios de Salud.



Se preguntó a las entrevistadas que fueron a algún servicio de salud si en la consulta prenatal les repartieron los materiales educativos elaborados por MotherCare para la Estrategia “Por una Maternidad Segura”⁶. El Gráfico 5 muestra las respuestas a estas preguntas: en la primera y segunda columnas están las mujeres embarazadas y en edad fértil entrevistadas en la comunidad, pero que fueron a una consulta prenatal a los servicios de salud (sean éstos capacitados o no por MotherCare); en la tercera columna están las mujeres embarazadas entrevistadas en los propios servicios de salud.

En todos los casos se observa que las mujeres que fueron a los servicios capacitados por MotherCare fueron las más expuestas a los materiales de la Estrategia IEC/C; las diferencias entre el grupo experimental y el de control son notorias, especialmente entre las mujeres embarazadas y las entrevistadas en los propios servicios: en ambos segmentos, la diferencia promedio es de 9% (embarazadas) y de 12% (en s. de salud).

⁶ Durante la entrevista se mostró a las entrevistadas los materiales elaborados por MotherCare.

La información proporcionada por estos segmentos es confiable puesto que se trata de una experiencia recientemente vivida: en el caso de las embarazadas entrevistadas en la comunidad (1ra columna del Gráfico 5) se trata de una experiencia menor a los 4 o 5 meses antes del estudio, y en el caso de las mujeres entrevistadas en los s. de salud (3ra columna del Gráfico 5) se trata una experiencia vivida minutos antes de la entrevista.

Ahora, entre las mujeres en edad fértil, los niveles de recordación y la diferencia entre los grupos experimental (fueron a servicios capacitados por MotherCare) y el de control (servicios no capacitados por MotherCare) son mínimos; debido a que ellas están recordando experiencias por lo general mayores a los 7 meses.

La información que se presenta en el Gráfico 5 muestra que efectivamente, en los servicios capacitados por MotherCare los proveedores de salud están usando los materiales de dicha Estrategia, especialmente el Rotafolio de Complicaciones Obstétricas y Neonatales y el Folleto de los Derechos de la Mujer Embarazada⁷.

4.5. Conclusiones.

1. La mayoría de los que escucharon la Radionovela, lo hicieron “a veces” (6 de cada 10). Sin embargo, a pesar que no escucharon esta Radionovela “siempre” o “casi siempre”, el nivel de comprensión del mensaje llegó a casi el 50% de los entrevistados, especialmente entre las mujeres embarazadas.

Este nivel de comprensión del mensaje, a pesar de no seguir todos los días la Radionovela se explica por el diseño mismo de la Radionovela en la cual cada capítulo era una unidad en sí mismo, con un mensaje completo sobre complicaciones obstétricas y neonatales.

2. El segmento que mayor exposición e impacto demuestra respecto de la Radionovela son las mujeres embarazadas entrevistadas en la comunidad. De hecho, tanto el mensaje como los temas abordados en la misma tienen que ver directamente con sus necesidades de información y formación en su situación cotidiana.

⁷ Sobre el diseño de estos materiales ver Kaune, Verónica, Estrategia “Por una Maternidad Segura”, La Paz: MotherCare, 1997. s.e.

3. Los microprogramas radiales dirigidos a esposos/parejas tuvieron una mayor cobertura precisamente entre ellos (cerca de la mitad de este segmento de la muestra escuchó estos programas). Nuevamente se observa que el diseño del material comunicacional fue el acertado, pues determinó que su población objetivo fuera la más expuesta al mismo.

Sin embargo, el nivel de comprensión del mensaje por parte de los esposos fue ligeramente menor al de las mujeres (especialmente las mujeres embarazadas).

Ello se debe a que estas últimas ya estaban sensibilizadas sobre el tema por su mayor audiencia de la Radionovela.

4. Lo anterior nos lleva a concluir que la conjunción de dos materiales comunicaciones (Radionovela y microprogramas) tiene un mayor impacto en la comprensión del mensaje. Por esta razón, en términos generales, quienes escucharon la Radionovela y que además escucharon los microprogramas, tienden a comprender mejor el mensaje de estos últimos en comparación con quienes sólo escucharon los microprogramas.
5. Los proveedores de salud de los servicios capacitados por MotherCare están utilizando mucho más que los proveedores de servicios no capacitados, los materiales de la Estrategia IEC/C “Por una Maternidad Segura”: especialmente el rotafolio de Complicaciones Obstétricas y Neonatales y el folleto Derechos de la Mujer Embarazada. La diferencia entre el grupo experimental y el de control es del 12% en promedio.
6. Con todo, el nivel de uso de estos materiales no es muy alto: menos del 30% de los casos entre las mujeres embarazadas entrevistadas en la comunidad pero que fueron a los servicios capacitados por MotherCare, y menos del 20% entre las mujeres entrevistadas en los propios servicios capacitados por MotherCare.

5

**Camino de la Sobrevivencia de
MotherCare y
Modelo de Cambio de Conducta**

5.1. Introducción.

En el presente capítulo se estudiarán las diferencias entre el grupo expuesto a la Estrategia IEC/C de MotherCare (grupo experimental) y el grupo no expuesto a esta Estrategia (grupo control) en las variables que componen dos modelos que sirvieron de base para el diseño del estudio:

- El Camino de la Sobrevivencia Materna y Perinatal de MotherCare¹ (reconocimiento de complicaciones, valoración, toma de decisión e intención de uso del servicio de salud, planificación del acceso al servicio de salud, uso del servicio de salud)
- El Modelo de Cambio de Conducta² (Intenciones, habilidades, medio ambiente y expectativas).

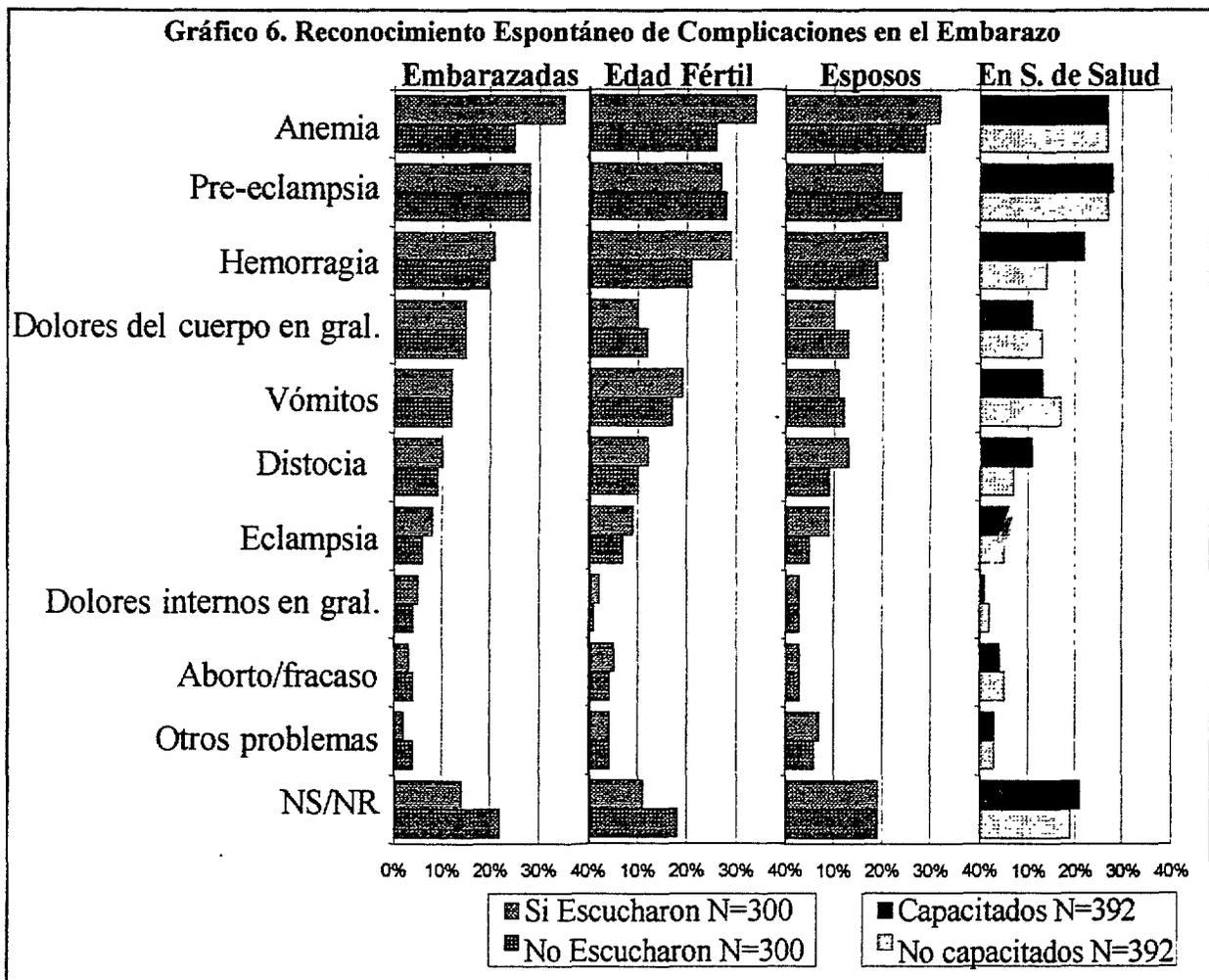
5.2. Reconocimiento Espontáneo de Complicaciones Obstétricas y Neonatales.

En la encuesta realizada tanto en la comunidad como en los servicios de salud se preguntó a las entrevistadas que “problemas” ellas conocían en el embarazo, el parto, el posparto y con el recién nacido. El encuestador se limitó a anotar las respuestas, por lo que, la información de este punto

¹ Kblinsky; Marge, Salvar la Vida de las Mujeres y Mejorar la Salud Reproductiva ¿Qué es lo que Funciona? La Paz: MotherCare, 1995.

² Fishbein, M.; Bandura, A.; Traidis, H.C.; Kanfer, F.H.; Becker, M.; Middlestadt, S.E., Factors Influencing Behavior and Behavior Change: A final Report prepared for NIMH Theorists Workshop, Washington, D.C., 1993.

muestra el reconocimiento espontáneo de estas complicaciones en la muestra.



El presente gráfico muestra las complicaciones en el embarazo que espontáneamente mencionaron los entrevistados.

Un hecho a ser destacado es que la pre-eclampsia que en el Diagnóstico inicial realizado en 1996, no era una complicación claramente reconocida por las personas, ahora sí se convierte en un tema de preocupación: está en el segundo lugar con el mayor nivel de reconocimiento espontáneo en todos los segmentos del estudio.

Las complicaciones que se acercan y/o sobrepasan el 20% de reconocimiento espontáneo son la anemia, la pre-eclampsia y la hemorragia. Se observa que la eclampsia y la distocia tienen un menor nivel de reconocimiento espontáneo.

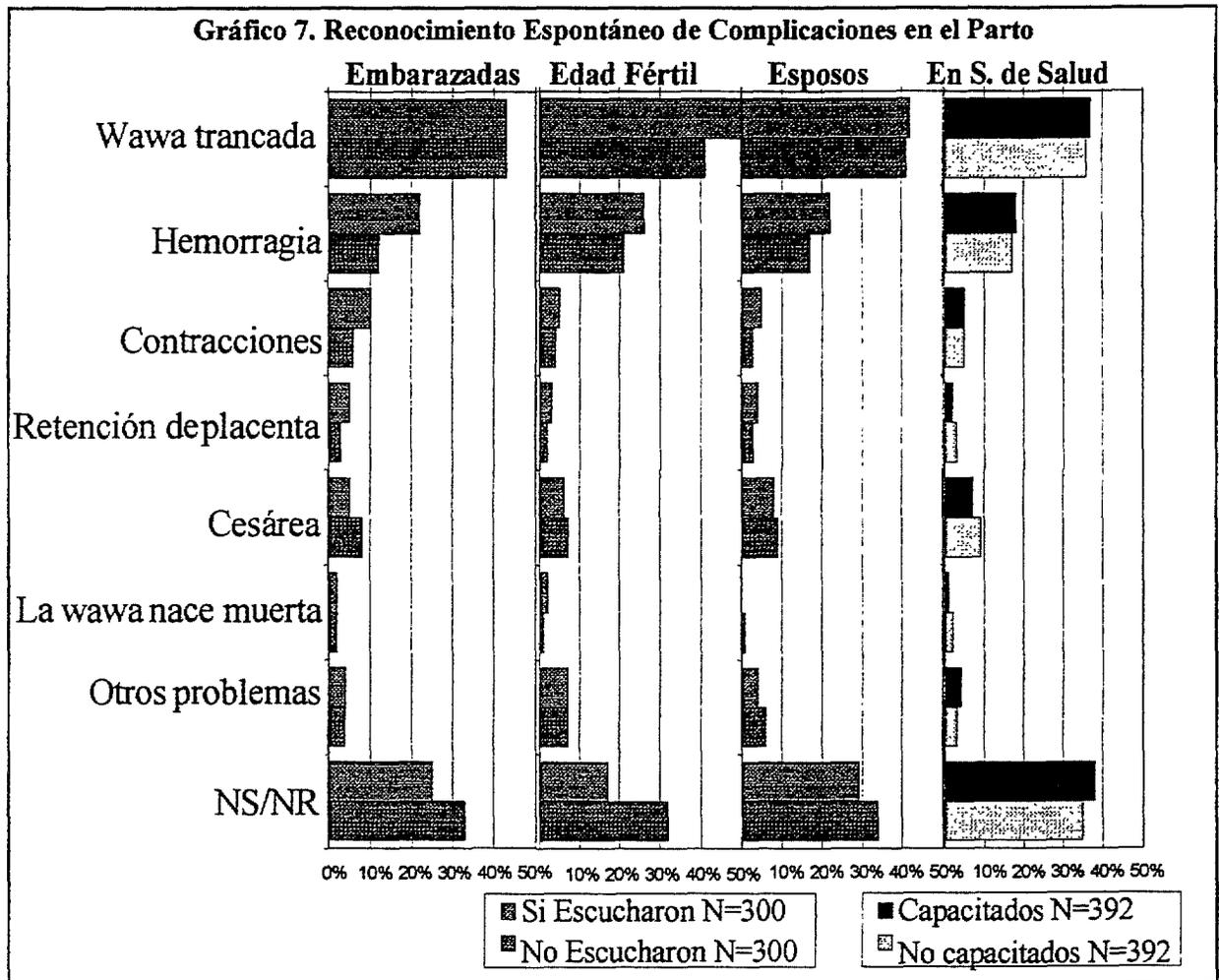
Más o menos 5 de cada 10 entrevistados no mencionó espontáneamente ningún problema en el embarazo.

Si se observa la columna de las mujeres embarazadas entrevistadas en la comunidad, se tiene que el nivel de reconocimiento espontáneo de complicaciones durante el embarazo es más o menos el mismo tanto en el grupo experimental (Escucharon Radionovela) como en el grupo de control (no escucharon). Sin embargo, en este segmento se observan dos diferencias a favor del grupo experimental (dos de ellas son importantes): mientras el 22% del grupo de control no mencionan ninguna complicación, este porcentaje baja al 13% en el experimental (9 puntos menos); 11% más del grupo experimental reconocen la anemia en el embarazo en comparación con el grupo de control. También se observan algunas diferencias menores a favor del grupo experimental en el reconocimiento de la hemorragia, distocia y eclampsia.

Entre las mujeres en edad fértil, las diferencias entre el grupo experimental y el de control se observan también en las mismas complicaciones que entre las embarazadas: anemia, hemorragia, distocia y eclampsia; sólo que en este segmento las diferencias son más notables (especialmente en hemorragia y distocia) (Ver Gráfico 6).

Lo mismo se puede decir de los esposos, los del grupo experimental reconocen más que los del grupo de control la anemia, hemorragia y la distocia en el embarazo.

Este patrón de diferenciación se rompe cuando llegamos a las mujeres entrevistadas en los mismos servicios de salud; aquí, la única diferencia notable a favor del grupo experimental (fueron a servicios capacitados por MotherCare) se da en la hemorragia (21% vs. 13%).

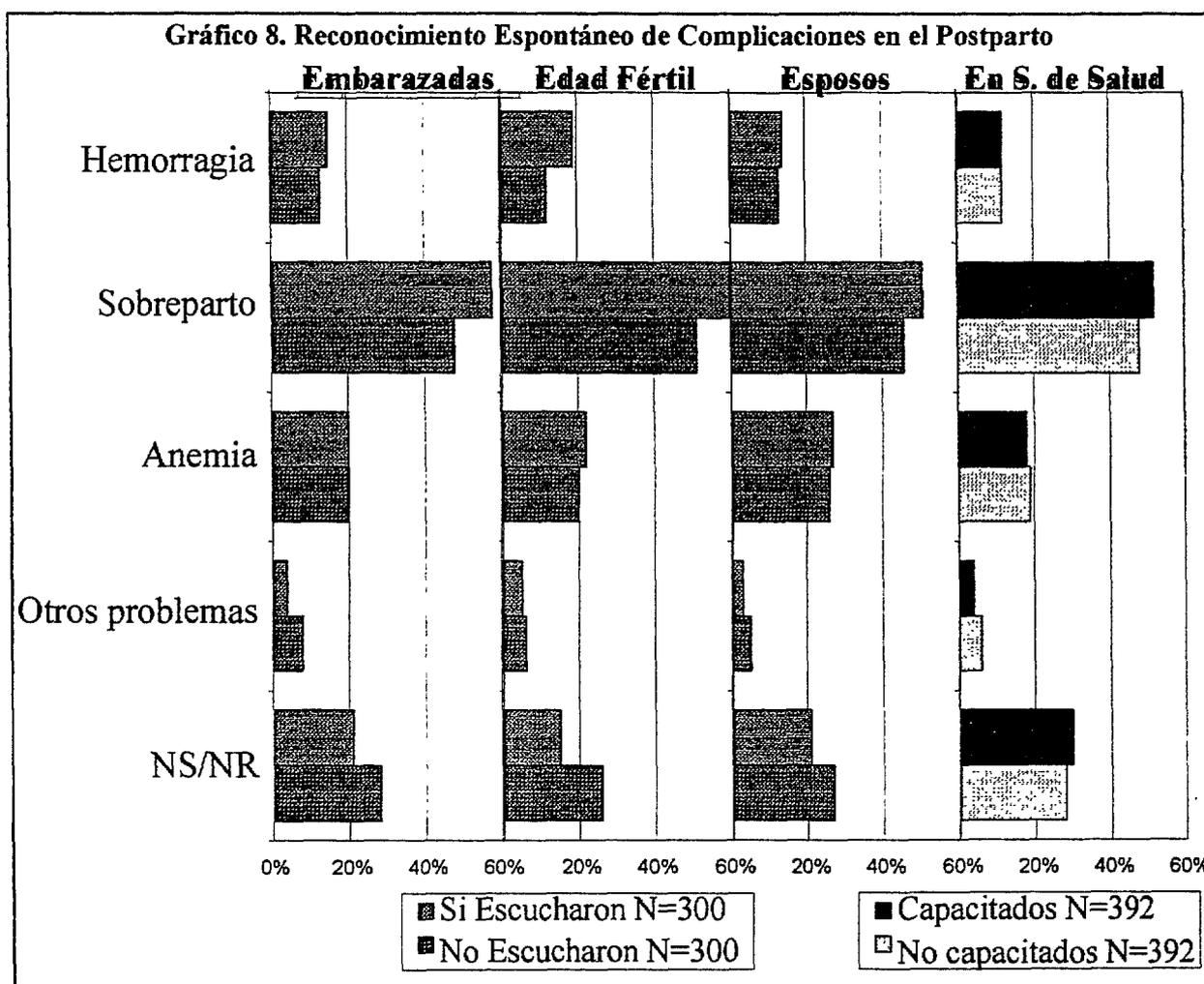


En el Gráfico 7 se aprecia que en el parto hay más personas que en el embarazo que no mencionan ninguna complicación: si en el embarazo el 20% de los entrevistados no identificó ninguna complicación, este porcentaje sube en promedio al 30% en el parto (entre las usuarias de servicios de salud este porcentaje sobrepasa el 35%).

De acuerdo a la información emergente del Diagnóstico inicial, se puede afirmar que en la mayor parte de los casos, las personas están atentas a la posible emergencia de alguna complicación durante el embarazo. De ahí que en muchos casos acuden a la consulta prenatal para saber si hay o no alguna complicación (distocia por ejemplo). Si entienden que no hay complicación en el embarazo, hay una especie de desensibilización hacia las complicaciones en el parto: se supone que si el embarazo fue normal, el parto también lo será. Probablemente el mayor porcentaje de falta de

respuesta en las complicaciones en el embarazo se deba a esta menor sensibilidad.

Sin embargo, según el Gráfico 7, son dos las complicaciones que más se reconocen durante el parto: distocia (wawa trancada, de pies, de potito) y hemorragia. En la hemorragia el grupo experimental reconoce más que el grupo control (especialmente entre mujeres embarazadas). También las mujeres en edad fértil del grupo experimental reconocen más que las del grupo de control el parto distósico.

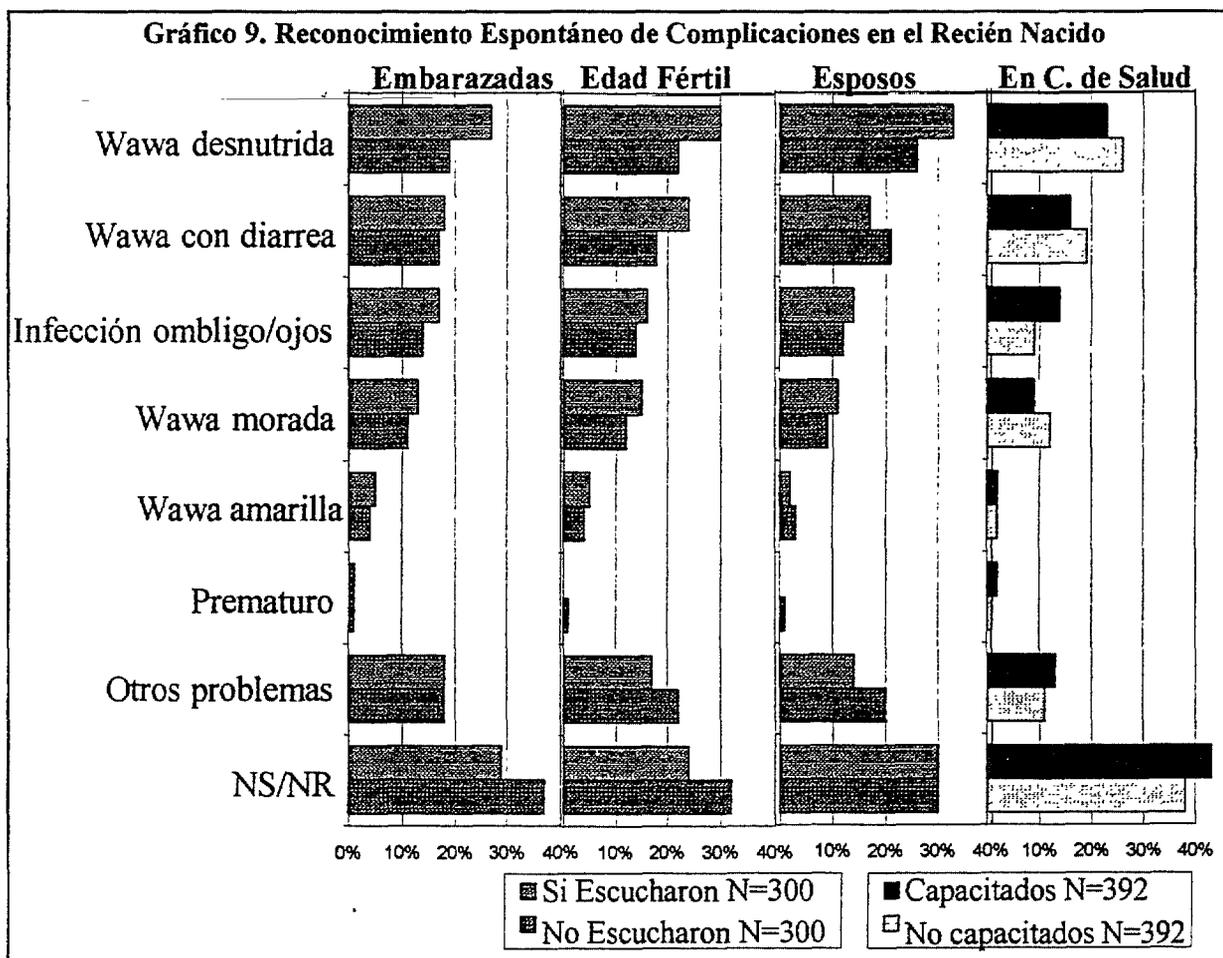


En las complicaciones durante el postparto se observa una diferencia más clara a favor del grupo experimental, especialmente entre las mujeres de la comunidad (embarazadas y en edad fértil).

Es importante destacar que en todos los segmentos del estudio, el grupo experimental reconoce más que el grupo de control el “sobreparto” (sep-

sis puerperal)³: especialmente entre las mujeres embarazadas y las mujeres en edad fértil la diferencia a favor del grupo experimental es de 10%.

Como en las otras etapas, en el postparto el grupo experimental (embarazadas y en edad fértil) reconoce más que el grupo control la hemorragia.



En el reconocimiento de complicaciones en el recién nacido (Gráfico 9), se observa una tendencia más clara a favor del grupo experimental, especialmente en las personas entrevistadas en la comunidad. En efecto, salvo en un caso, en todas las complicaciones se observa un mayor reconoci-

³ El término de “sobrepardo” tiene dos significados: uno genérico y otro específico. De manera genérica el término sobrepardo identifica a todos o, por lo menos, la mayoría de los signos y síntomas que implican complicaciones puerperales: sepsis, hemorragia, etc. En este contexto, el sobrepardo es asociado al concepto de “recaída”, entendido el parto como enfermedad. Por otro lado, en su significado específico, alude a la sintomatología de la sepsis puerperal que comprende escalofríos, temblores, fiebre, etc. (MotherCare, Marketing S.R.L., 1996).

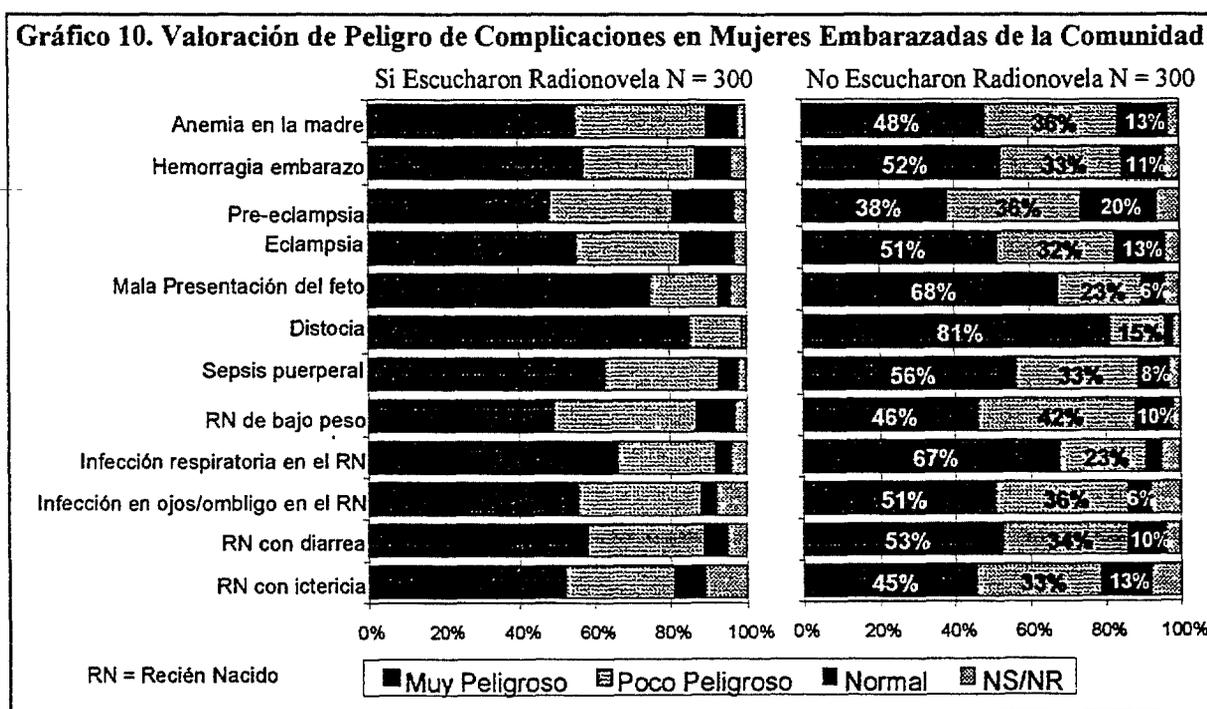
miento en el grupo experimental (escucharon la Radionovela) que en el grupo de control (no escucharon la Radionovela).

Este hallazgo no deja de ser muy importante, puesto que en el Diagnóstico inicial se observó que la generalidad de las personas, especialmente los esposos, prestaban más atención a los riesgos de la madre que del neonato.

La información del Gráfico 9, quiere decir que la Estrategia IEC/C de MotherCare tiene un importante efecto en la sensibilización hacia las complicaciones del recién nacido.

Entre las usuarias de los servicios de salud no se observa ninguna tendencia clara de mayor reconocimiento de complicaciones a favor del grupo experimental o de control.

5.3. Valoración de Peligro de las Complicaciones Obstétricas y Neonatales.

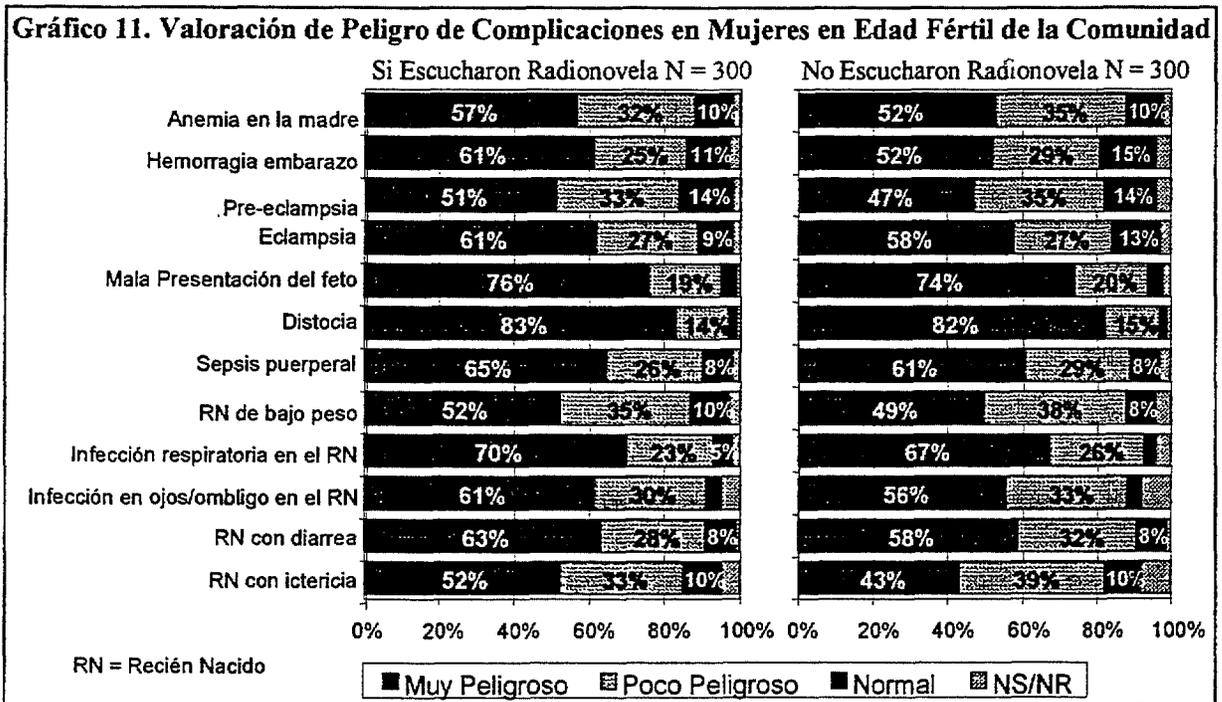


De acuerdo al modelo de supervivencia materna y perinatal de MotherCare, no es suficiente reconocer una complicación, sino estar consciente de su gravedad. En este punto se analizará la gravedad atribuida a cada complicación en nuestra muestra. En la encuesta se mencionó a los entrevi-

tados todas y cada una de las complicaciones que se observan en el Gráfico 10, y se les preguntó para cada una cuán peligrosa es:

El Gráfico 10 muestra la valoración de peligro entre las embarazadas de la comunidad. No se observan diferencias sustanciales entre el grupo experimental y el de control; en ambos casos la valoración de las complicaciones como muy peligrosas Y peligrosas generalmente sobrepasa al 80% de las entrevistadas.

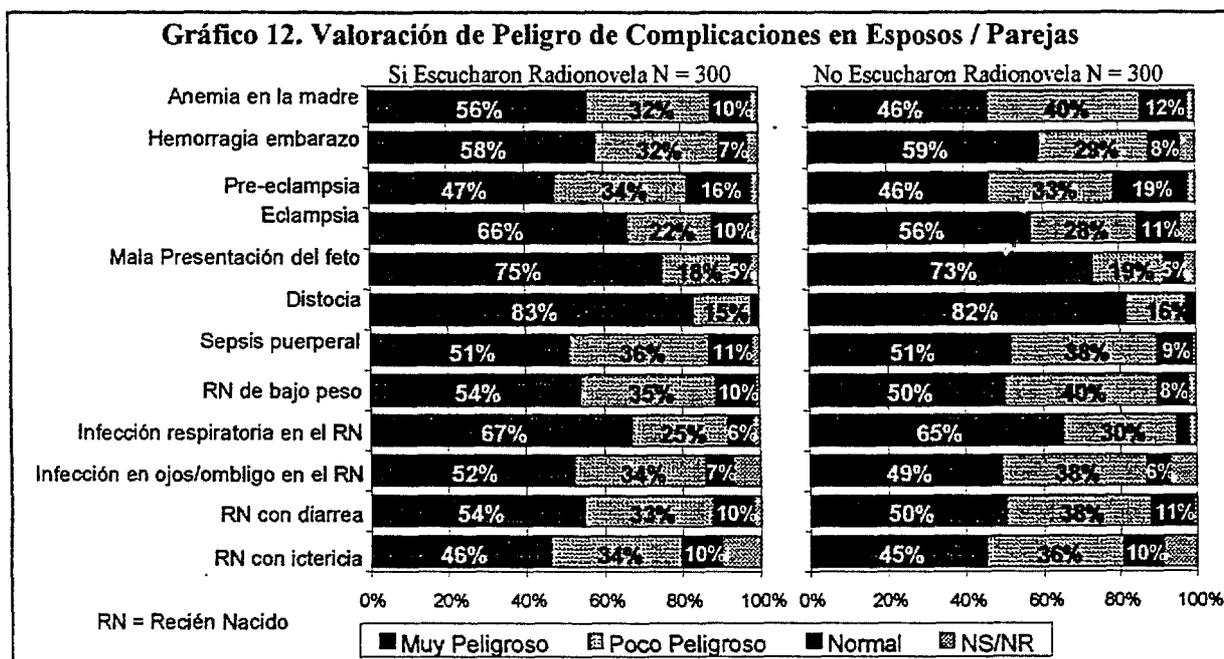
La diferencia radica en la distribución porcentual entre la valoración de “muy peligroso” y “peligroso”. En el Gráfico 10 se observa que, salvo la infección del recién nacido, el grupo experimental de mujeres embarazadas valora más que el de control todas las complicaciones como muy peligrosas: especialmente la pre-eclampsia (48% vs. 38%), la anemia de la madre (55% vs. 48%), la distocia (75% vs. 68%), la sepsis puerperal (62% vs. 56%) y la ictericia (52% vs. 45%). La diferencia promedio a favor del grupo experimental en la atribución de “muy peligroso” a las complicaciones es del 5,3%.



Como en el caso las mujeres embarazadas, en las mujeres en edad fértil de la comunidad se observa el mismo patrón de respuestas entre el grupo experimental y el de control; la diferencia se observa cuando se comparan

las respuestas que afirman para cada complicación su carácter de “muy peligrosa” (Gráfico 11).

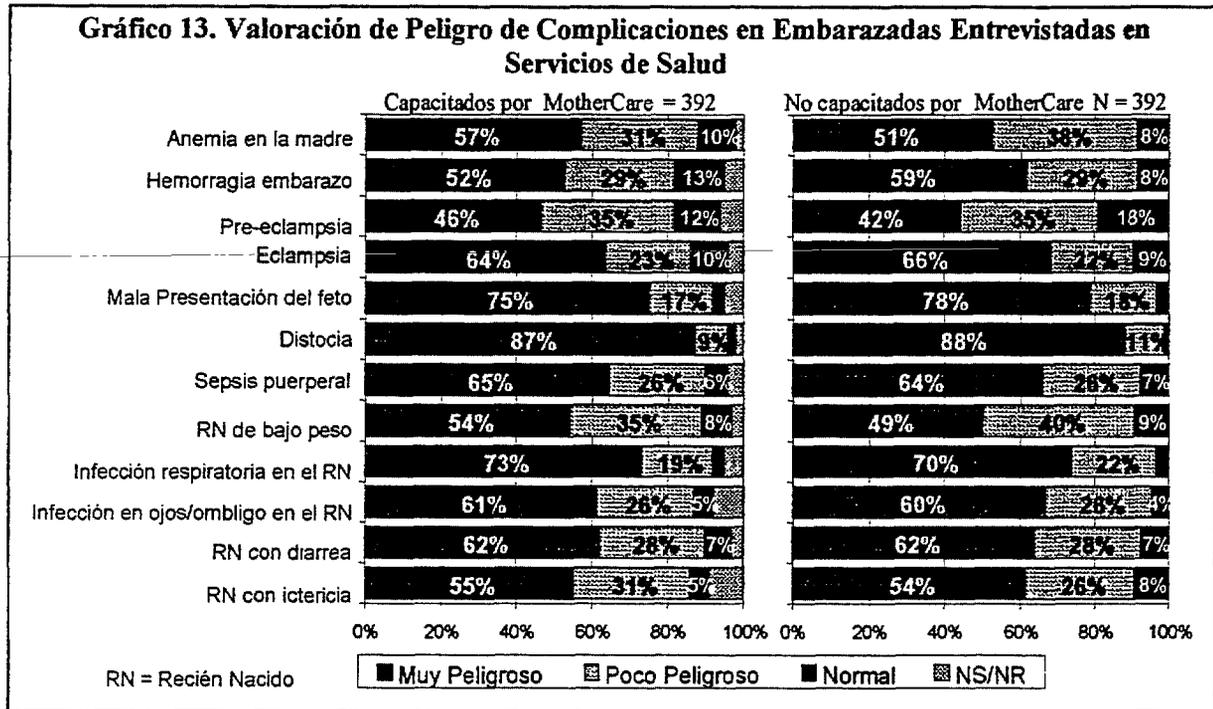
Ahora bien, entre las mujeres en edad fértil la diferencia a favor del grupo experimental en el caso de la valoración de “muy peligroso” es menor que entre las mujeres embarazadas. Si la diferencia promedio en éstas era del 6%, en las mujeres en edad fértil se reduce al 4,4%. Las diferencias más notables están en la valoración de la hemorragia en el embarazo (61% vs. 52%) y en la valoración de la ictericia (52% vs. 43%).



Si sólo se consideran las respuestas referidas a “muy peligroso” entre los esposos/parejas de mujeres en edad fértil (Gráfico 12), se observa que, salvo la hemorragia en el embarazo, hay diferencias a favor del grupo experimental.

Empero, estas diferencias son menores a las observadas entre las mujeres embarazadas y las de edad fértil. La diferencia promedio se reduce en este segmento al 3% (recuérdese que entre las embarazadas era del 5,3% y en las de edad fértil del 4,4%).

A pesar de este reducido promedio de diferencia, en algunas complicaciones las diferencias a favor del grupo experimental son notables como en la valoración de la anemia de la madre (56% vs. 46%) y de la eclampsia (66% vs. 56%).



Como en la variable de reconocimiento espontáneo de complicaciones⁴, en la de valoración del peligro, el segmento que muestra un menor impacto de la Estrategia IEC/C de MotherCare son las mujeres embarazadas entrevistadas en los propios servicios de salud (Gráfico 13).

En el grupo experimental (fueron a servicios capacitados por MotherCare) se observan mayores niveles de falta de respuesta en casi todas las complicaciones.

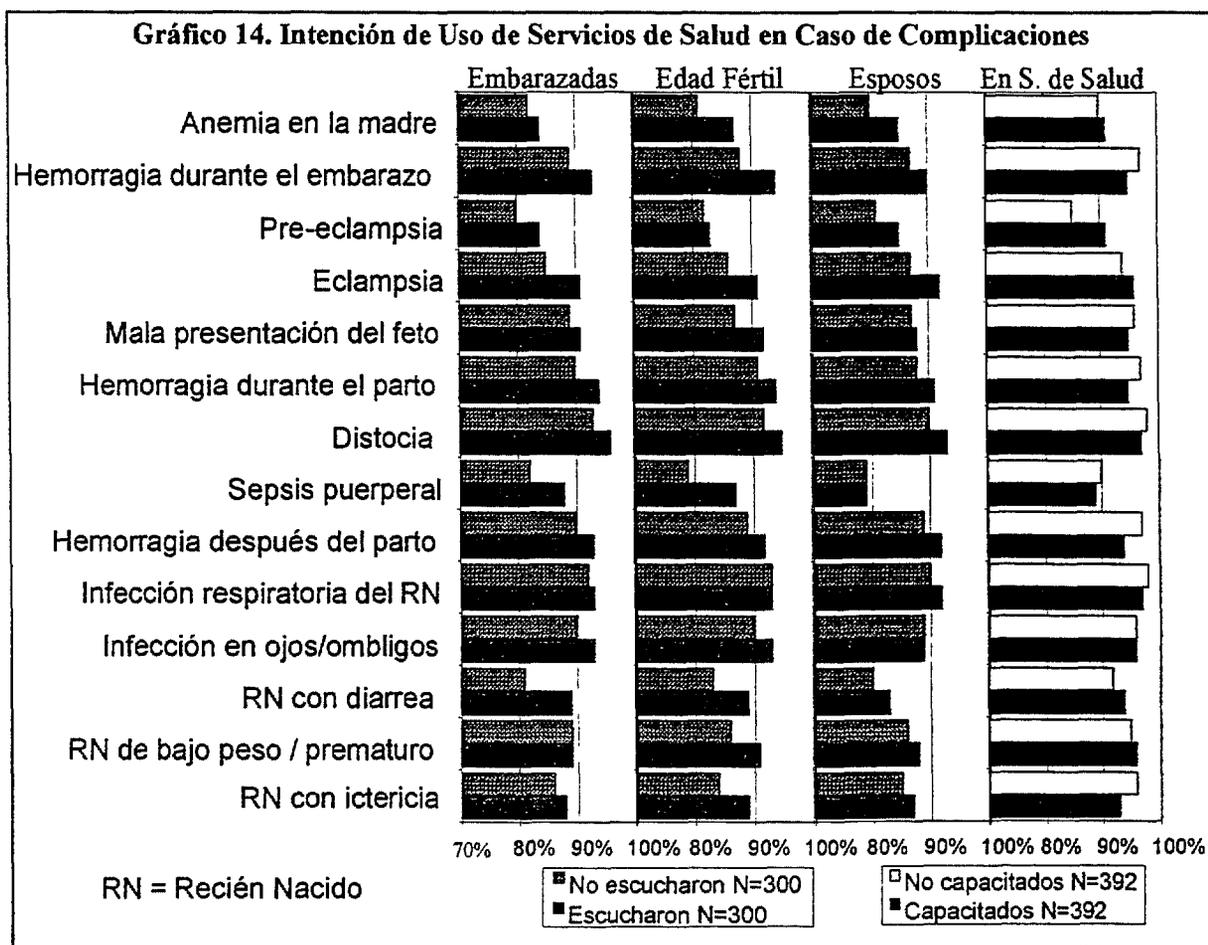
Por otro lado, en 7 complicaciones se observa una diferencia mínima a favor del grupo experimental; pero, a diferencia de los otros segmentos, en 4 complicaciones la diferencia favorece al grupo de control.

5.4. Toma de Decisión e Intención de Uso de Servicios de Salud en Caso de Complicaciones.

Según el modelo de supervivencia materna y perinatal de MotherCare, una vez que la persona reconoce la gravedad de una complicación, el siguiente paso es tomar la decisión de acudir al servicio de salud para la atención de la misma.

⁴ Ver el punto anterior de este capítulo.

Para estudiar este punto, se preguntó en la encuesta a los entrevistados qué harían si se presenta una complicación en su hogar: “tratarían de resolver el problema en el hogar”, “consultarían con una persona mayor”, “no harían nada porque es normal” o “irían al s. de salud sin consultar con nadie”. En el siguiente gráfico sólo se consignan las respuestas que apuntan a la acción deseada: “ir al s. de salud sin consultar antes con nadie de la comunidad / familia”.



En el Gráfico 14 se puede apreciar una mayor intención de uso de los s. de salud de parte del grupo experimental, especialmente de las mujeres embarazadas, de las de en edad fértil y de los esposos/parejas que escucharon la Radionovela.

En las mujeres embarazadas las diferencias más notables a favor del grupo experimental se dan en la intención de uso de los s. de salud en caso de eclampsia (91% vs. 84%) y en la diarrea del recién nacido (88% vs. 81%).

Entre las mujeres en edad fértil las diferencias más importantes a favor del grupo que escuchó la Radionovela se dan en la intención de uso de s. de salud en caso de anemia de la madre (87% vs. 81%), hemorragia durante el embarazo (94% vs. 87%), recién nacido de bajo peso / prematuro (91% vs. 86%), recién nacido con ictericia (88% vs. 84%) y recién nacido con diarrea (88% vs. 83%).

Es importante destacar que, aunque en el conjunto de las complicaciones obstétricas, la sepsis puerperal (“sobrepardo”) tiene junto a la pre-eclampsia una de los menores niveles de intención de uso de los s. de salud (Gráfico 14), es entre las mujeres embarazadas y en edad fértil que escucharon la Radionovela donde esta intención es mayor. Es en esta complicación donde se observa una mayor diferencia a favor del grupo experimental en embarazadas y en edad fértil. Esta información no deja de ser importante ya que la Estrategia IEC/C “Por una Maternidad Segura” está permitiendo que paulatinamente se reconozca la importancia de acudir al s. de salud en caso de sepsis puerperal; de acuerdo a los datos del Diagnóstico inicial, antes de la aplicación de la Estrategia, las personas reconocían el peligro de la sepsis puerperal pero creían que la misma debería tratarse en el hogar.

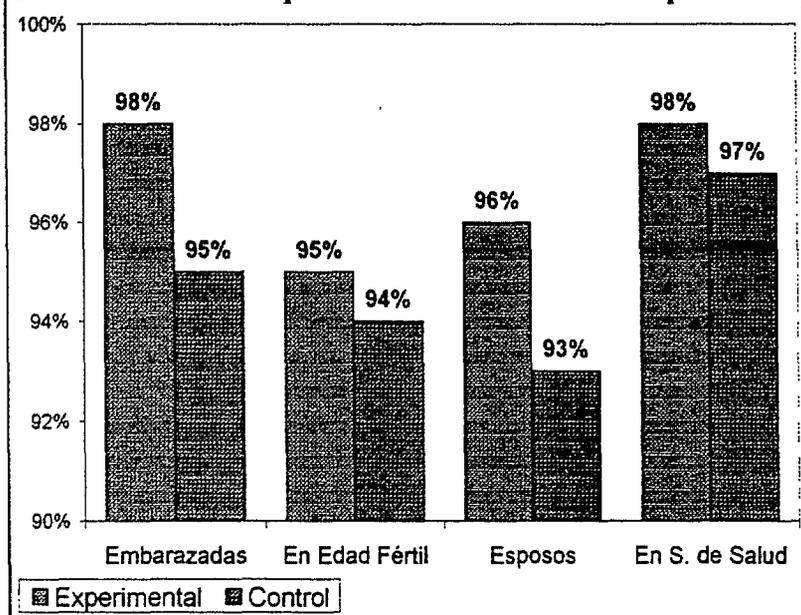
En el caso de los esposos/parejas las diferencias a favor del grupo que escuchó la Radionovela son constantes aunque menos notorias en comparación con las embarazadas y las mujeres en edad fértil (Gráfico 14).

En el caso de las embarazadas entrevistadas en los s. de salud, los niveles de intención de uso son mayores a los otros segmentos. Si entre las personas que fueron entrevistadas en la comunidad los niveles van del 80% al 90%, en el caso de los servicios de salud la intención de uso sobrepasa el 90% en todos los casos (excepto en pre-eclampsia y sepsis puerperal). Esta alta intención de uso en caso de complicaciones se debe a que la entrevista fue realizada en el propio servicio de salud.

Es debido a esta alta intención de uso que las diferencias entre el grupo experimental (usuarias de servicios capacitados por MotherCare) y el grupo control (usuarias de servicios no capacitados por MotherCare) no son notorias y tampoco siguen un patrón regular.

Sin embargo, donde sí la diferencia es notable es en la intención de uso del s. de salud en caso de la pre-eclampsia: 92% vs. 84% a favor del grupo experimental.

Gráfico 15. Personas que Irían al S. de Salud en Complicaciones



Para tener una idea en conjunto sobre la intención de uso de los servicios de salud en caso de complicaciones, se preguntó a los entrevistados si irían o no a estos servicios en caso de presentarse alguna complicación durante el embarazo, el parto, el posparto o con el recién nacido.

Como se observa en el Gráfico 15, en todos los segmentos, existe una

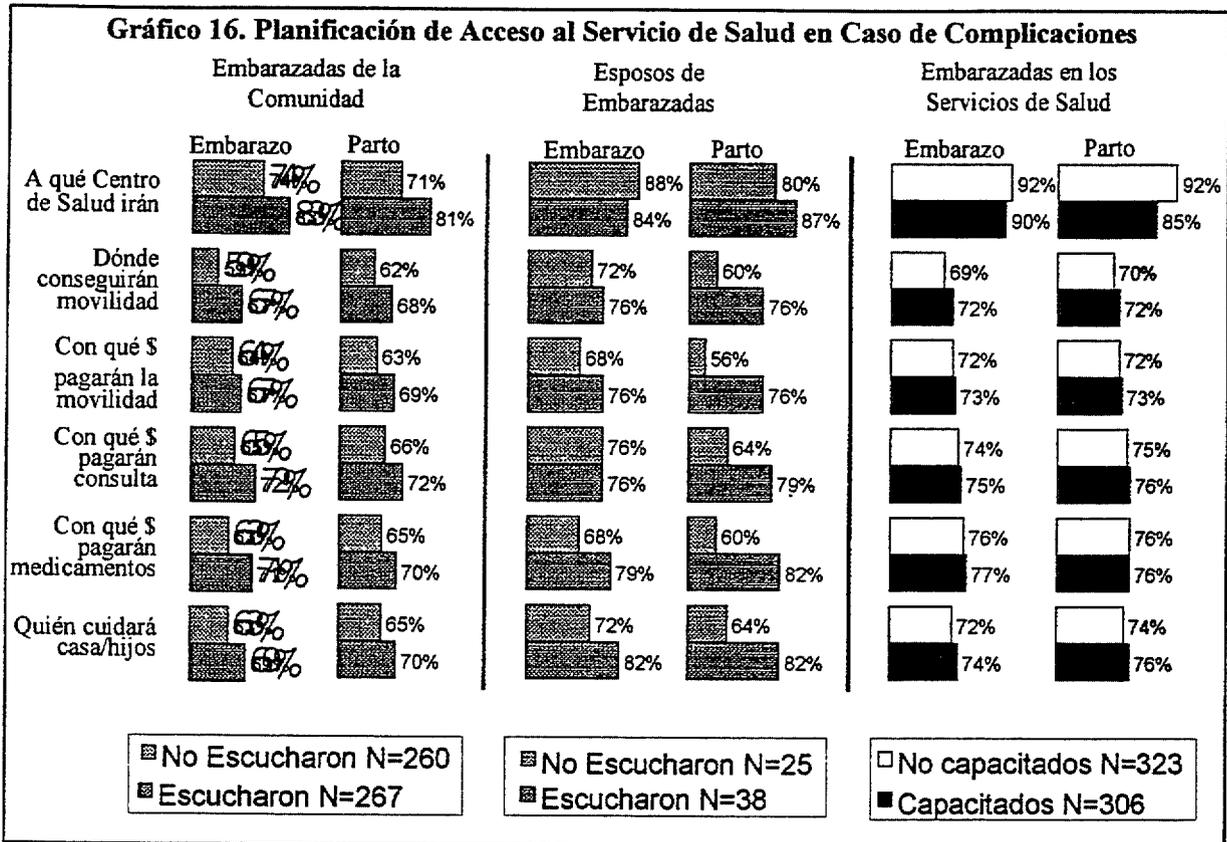
mayor intención de uso de servicios de salud en el grupo expuesto a la Estrategia IEC/C de MotherCare, aunque estas diferencias en términos porcentuales no pasan del 5%. Con todo, se observa ya una tendencia uniforme a favor del grupo experimental.

5.5. Plan de Acceso al Servicio de Salud en Caso de Complicaciones.

Seguimos con el Camino de la Supervivencia Materna y Perinatal de MotherCare. Según este modelo, no es suficiente con la intención / decisión de usar los servicios de salud en caso de complicaciones; deben existir además las condiciones para acceder al mismo (transporte, recursos económicos para pagar el transporte, etc.).

En el estudio de impacto se analizó esta variable del Camino de la Supervivencia de MotherCare indagando si el entrevistado tenía o no un plan para acceder al servicio de salud en caso de complicaciones⁵.

⁵ Esta manera de abordar la variable acceso al servicio de salud corresponde además a la Estrategia IEC/C de MotherCare que elaboró un folleto denominado "Plan de Acceso en caso de Complicaciones". Este plan ayuda a la persona a planificar cómo acceder al servicio (qué movilidad usar, quién acompañará a la mujer, con qué dinero pagar la movilidad, quién cuida a los hijos y la casa mientras la madre y su esposo/pareja están en el servicio, etc.).



En el Gráfico 16 se observa el porcentaje de personas que han planificado su acceso a los servicios de salud en caso de complicaciones tanto en el embarazo como en el parto.

Como se puede apreciar en casi todos los casos las diferencias son siempre favorables al grupo experimental.

En el caso de las mujeres embarazadas entrevistadas en la comunidad la diferencia más notable estriba en la planificación del s. de salud al cual acudirán en caso de complicaciones: 10% a favor de las que escucharon la Radionovela, tanto en la etapa del embarazo como del parto. En este segmento también se observan diferencias a favor del grupo experimental en la previsión del dinero para pagar la consulta y la movilidad. De hecho, las mujeres que escucharon la Radionovela están planificando más que las que no escucharon el acceso al servicio de salud.

Es importante tomar con cuidado la información en el segmento de esposos de mujeres embarazadas entrevistados en la comunidad puesto que el

tamaño de la muestra se redujo considerablemente⁶. Con todo, también los esposos que escucharon la Radionovela están planificando más que aquellos que no la escucharon el acceso al servicio de salud como se aprecia en el Gráfico 16.

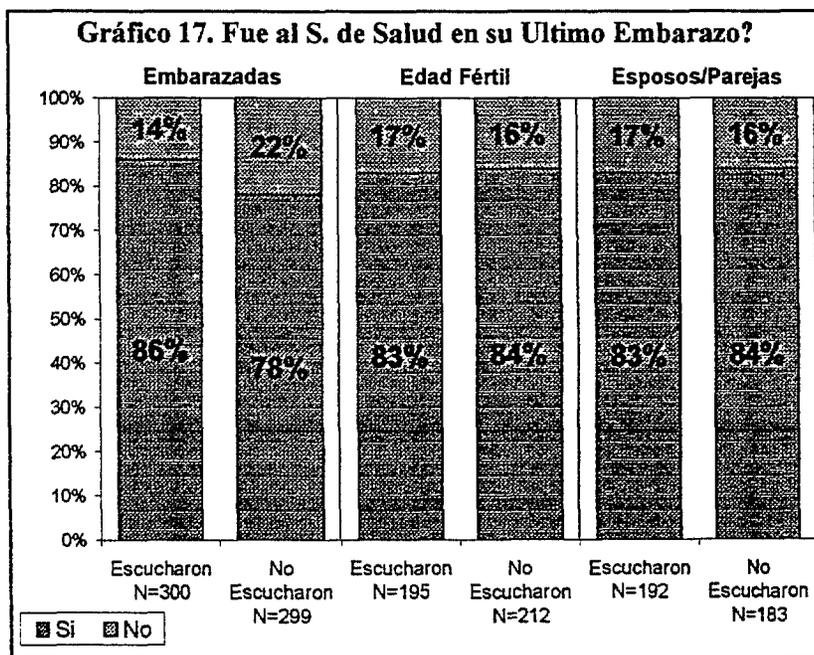
En el segmento de mujeres embarazadas entrevistadas en los servicios de salud las diferencias en el grupo experimental y el de control son casi inexistentes; pero, en general, hay mínimas diferencias de 1% a 3% a favor del grupo experimental. Sólo en el caso de la planificación de a qué servicio ir en caso de complicaciones (tanto en el embarazo como en el parto), las diferencias favorecen al grupo de control.

5.6. Utilización de Servicios Materno Infantiles.

Una vez que se ha analizado el proceso de resolución de complicaciones de acuerdo al Camino de la Supervivencia Materna y Perinatal de MotherCare (reconocimiento, valoración de gravedad, intención de uso de servicios de salud y planificación de acceso a los servicios de salud en caso de complicaciones obstétricas y neonatales), se pasa ahora a indagar cuál fue la utilización efectiva de los servicios materno-infantiles tanto en situaciones “normales” como en complicaciones obstétricas y neonatales.

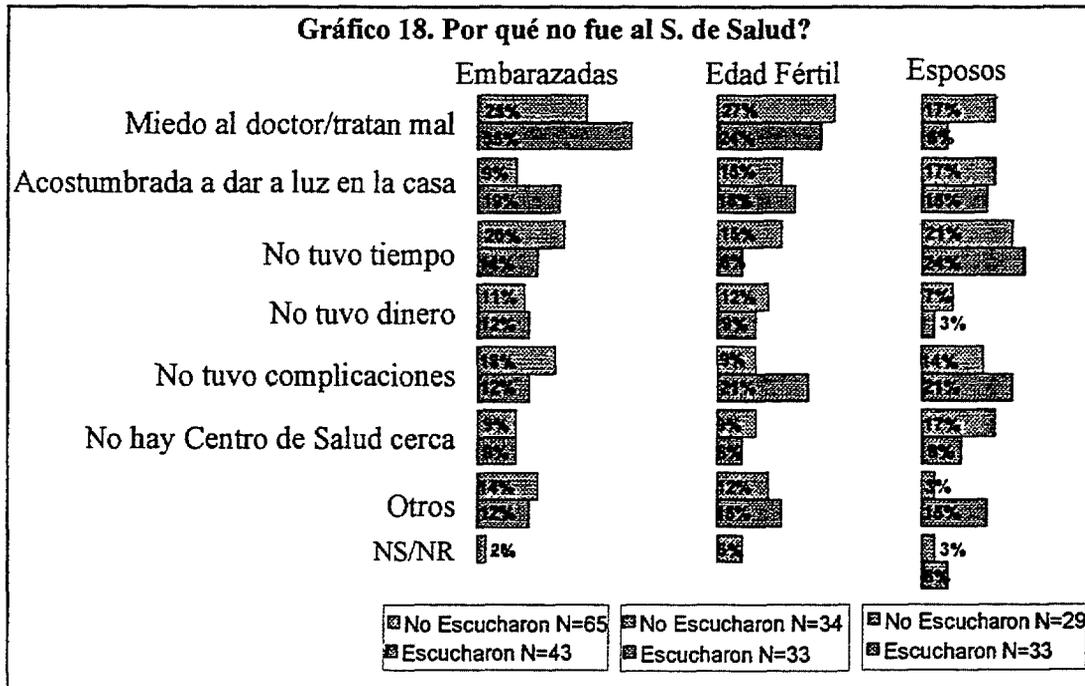
Como se observa en el Gráfico 17, más del 80% de los entrevistados fueron al servicio de salud durante su último embarazo.

En el caso de las mujeres en edad fértil y en los esposos / parejas no hay forma de saber cuándo fue su último embarazo, si antes o después de escuchar la Radionovela.



⁶ Hay que tomar en cuenta que del total de esposos entrevistados sólo unos cuantos eran esposos de mujeres embarazadas en el momento de la entrevista. Sólo a ellos se les preguntó si habían planificado el acceso al servicio de salud en caso de presentarse alguna complicación en el embarazo o el parto (n = 25 y 38).

Pero, en el caso de las embarazadas se sabe que su último embarazo se desarrolló mientras escuchaban la Radionovela. Es precisamente en este segmento en el que las mujeres del grupo experimental (escucharon la Radionovela) han ido más que las del grupo control al servicio de salud en su último embarazo (8% a favor).



En el Gráfico 18 están las razones de aquellas personas que NO fueron al servicio de salud en su último embarazo. Como se puede apreciar, las tres principales razones para no ir son: miedo al doctor porque “trata mal”, la costumbre de dar a luz en la casa y la falta de tiempo.

El miedo al doctor está presente sobre todo entre las mujeres (embarazadas y en edad fértil), mientras que la falta de tiempo resalta entre los esposos.

Entre aquellas personas que no fueron al servicio de salud se destacan barreras de actitudes y expectativas frente a la calidad de atención en los servicios de salud. Esto es aún más cierto entre las mujeres embarazadas que escucharon la Radionovela y no fueron al servicio de salud en su último embarazo: el 35% no lo hizo por temor al doctor.

Otra barrera para el acceso al servicio de salud entre embarazadas y esposos es la no existencia de un servicio de salud en su zona / comunidad.

Cuadro 3. Tuvo Algún Problema en su Embarazo?

Segmento	Embarazadas		Edad Fértil		Esposos/Parejas		En S. de Salud	
	Exp.	Control	Exp.	Control	Exp.	Control	Exp.	Control
Si	30%	29%	37%	38%	37%	31%	30%	27%
No	70%	70%	63%	62%	63%	68%	70%	73%
Total (N)	300	300	300	300	300	300	392	392

En el Cuadro 3 se presenta el porcentaje de personas que afirman haber tenido alguna complicación obstétrica o neonatal. Como se observa, este porcentaje llega a un tercio de la muestra, que, de principio parece muy elevado. Varios de estos entrevistados incluyen entre las complicaciones algunas molestias normales, especialmente en el embarazo. Cuado sólo se habla de las complicaciones obstétricas y neonatales de manera estricta, estas son las respuestas:

Cuadro 4. Qué problemas Tuvo?

Segmentos	Embarazadas		Edad Fértil		Esposos/Parejas		En S. de Salud	
	Exp.	Control	Exp.	Control	Exp.	Control	Exp.	Control
Hemorragia embarazo	19%	18%	19%	9%	13%	13%	27%	27%
Distocia	7%	5%	5%	7%	1%	0%	2%	7%
Pre-eclampsia	14%	23%	6%	15%	9%	13%	18%	3%
Eclampsia	3%	3%	1%	2%	1%	1%	6%	3%
Aborto	12%	11%	9%	3%	6%	6%	14%	15%
Hemorragia en el parto	2%	2%	3%	3%	1%	4%	2%	0%
Parto distósico	10%	3%	16%	9%	23%	10%	7%	7%
Retención de placenta	3%	3%	1%	2%	9%	8%	1%	0%
Le hicieron cesárea	2%	5%	3%	10%	13%	15%	6%	12%
Hemorragia después del parto	2%	3%	1%	2%	6%	5%	2%	2%
Sepsis puerperal	7%	12%	24%	17%	9%	19%	6%	15%
La wawa murió	3%	6%	0%	3%	1%	3%	2%	2%
Bebé prematuro	3%	2%	1%	5%	3%	1%	2%	2%
Infección respiratoria	5%	2%	5%	2%	1%	0%	1%	3%
Infección ojos/ombigos	3%	3%	3%	5%	1%	0%	1%	2%
Diarrea del bebé	3%	0%	1%	2%	1%	1%	0%	0%
Fiebre/calentura de la wawita	0%	2%	1%	1%	0%	0%	1%	2%
Total (N)	58	66	79	87	69	78	94	60

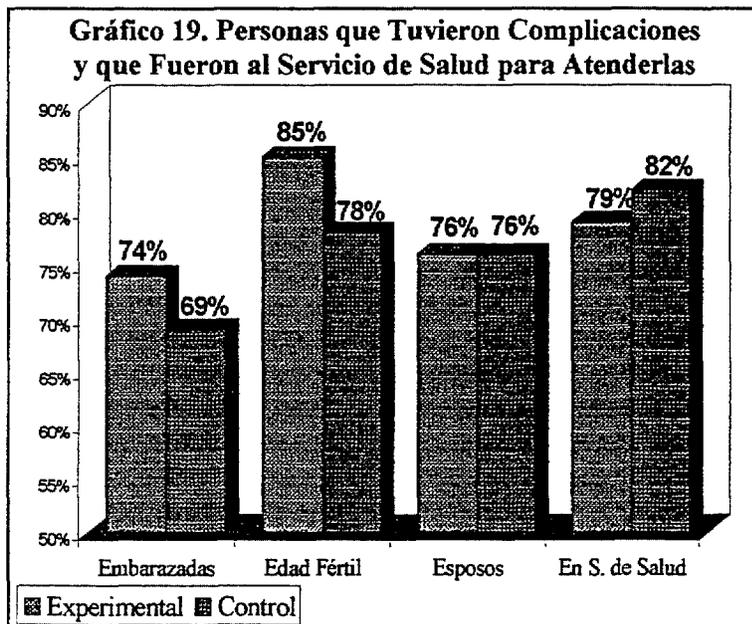
Como se observa en el Cuadro 4, las complicaciones más frecuentes entre los entrevistados son la hemorragia en el embarazo⁷, la pre – eclampsia,

⁷ De ahí que en los puntos 5.2. y 5.3. de este capítulo, los entrevistados reconocían y valoraban como muy peligrosa la hemorragia más que otras complicaciones.

recordada especialmente por las mujeres actualmente embarazadas de la comunidad, el aborto entre mujeres entrevistadas en los servicios de salud, y el parto distósico.

Otra experiencia recordada especialmente por los esposos es la cesárea, aunque no se saben las causas para la misma.

Es interesante observar que los entrevistados casi no recuerdan o no mencionan las complicaciones neonatales. Esto puede deberse a que, en general, nuestro público objetivo es más sensible a aquellas complicaciones que afectan a la madre antes que al niño⁸.



Como se observa en el Gráfico 19, entre el 70% al 85% de los que tuvieron complicaciones fueron al servicio de salud para atenderlas.

Es importante destacar que en las mujeres embarazadas y las de edad fértil son las que escucharon la Radionovela quienes tienden a acudir más al servicio en caso de complicaciones.

Hay que recordar aquí que

entre las mujeres en edad fértil se entrevistaron a aquellas que tuvieron su último parto entre los 7 meses a 2 años antes del momento de la encuesta, y que la Radionovela se ha difundido durante dos años. Esto es mucho más cierto en el caso de las embarazadas: ellas fueron al servicio cuando estaban escuchando la Radionovela.

En este contexto es posible afirmar se observa un inicial impacto de la Radionovela en el grupo que la escuchó: van más al servicio de salud para atender las complicaciones.

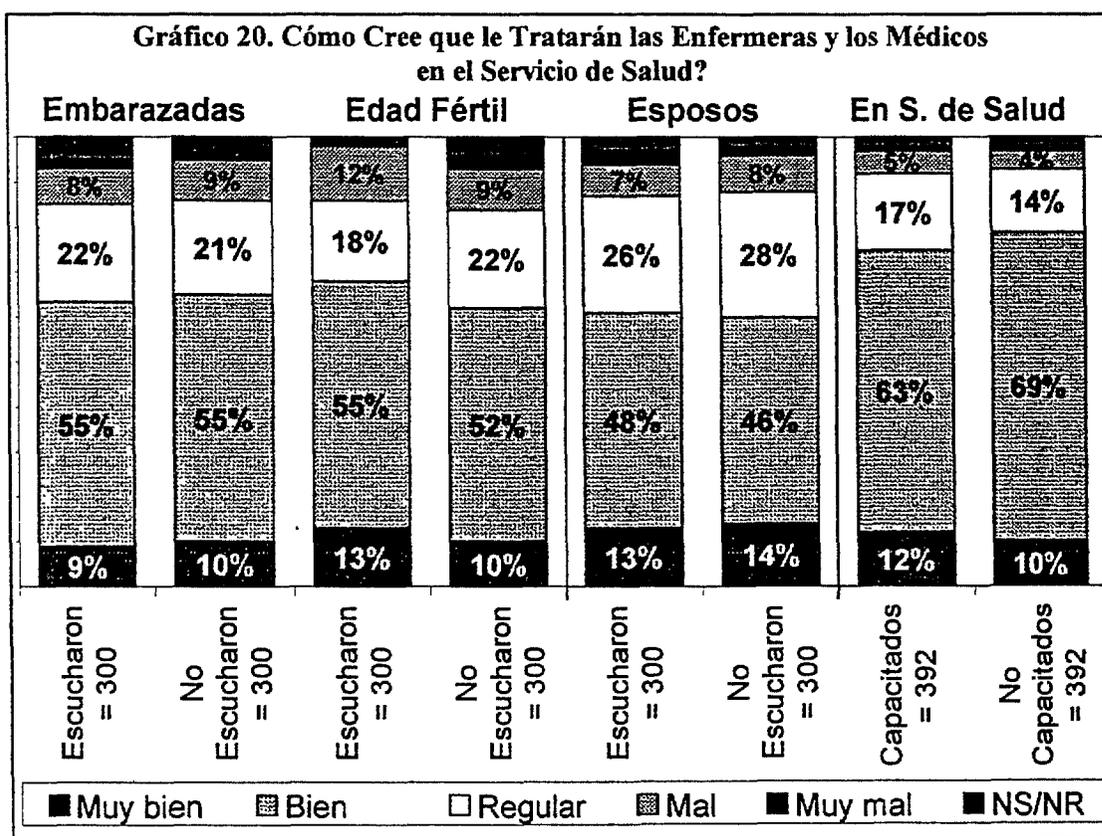
⁸ Ver el Diagnóstico de la Comunidad y los Servicios de Salud.

Entre las mujeres entrevistadas en los servicios de salud, hay una diferencia favorable al grupo de control: las usuarias de servicios no capacitados por MotherCare tienden a ir más al servicio en caso de complicaciones.

5.7. Expectativas Respecto de los Servicios de Salud.

El nivel de intención de uso de los servicios de salud en caso de complicaciones, y el uso real de los mismos, no sólo depende del reconocimiento de complicaciones, de la decisión de uso y de la accesibilidad al servicio según el modelo del Camino de la Supervivencia de MotherCare, sino también de las expectativas que las personas tienen respecto de la calidad de atención que recibirán una vez que lleguen al servicio.

En este punto se estudiará cuáles son estas expectativas.



Es necesario tomar con cautela la información que aparece en el Gráfico 20 y, en general, con la información que tenga que ver con las opiniones de los entrevistados respecto del servicio de salud. La razón es que, muy probablemente, el encuestador fue percibido por los entrevistados como

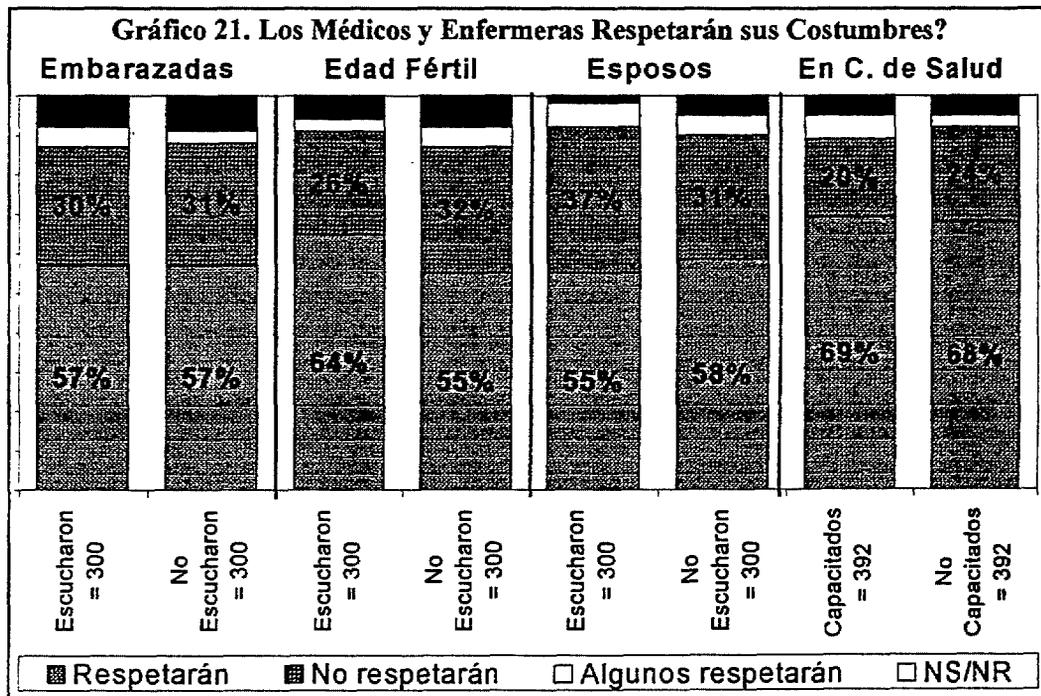
una especie de “representante” del mundo institucional y, en particular, de los servicios de salud.

En el Gráfico se observa una expectativa positiva sobre el trato de los proveedores de salud en 6 de cada 10 entrevistados. Estas personas creen que los médicos y enfermeras les tratarán “muy bien (1 de cada 10) o bien (5 de cada 10). Esta expectativa es mayor entre las que fueron entrevistadas en los propios servicios (7 de cada 10 tiene una expectativa positiva).

Son los esposos quienes demuestran una menor expectativa positiva respecto del trato de los proveedores de salud.

No existen diferencias sustanciales entre la expectativa del grupo experimental y el de control en cada segmento, salvo entre las mujeres en edad fértil donde la mayor expectativa positiva está entre las que escucharon la Radionovela (68% vs. 62%).

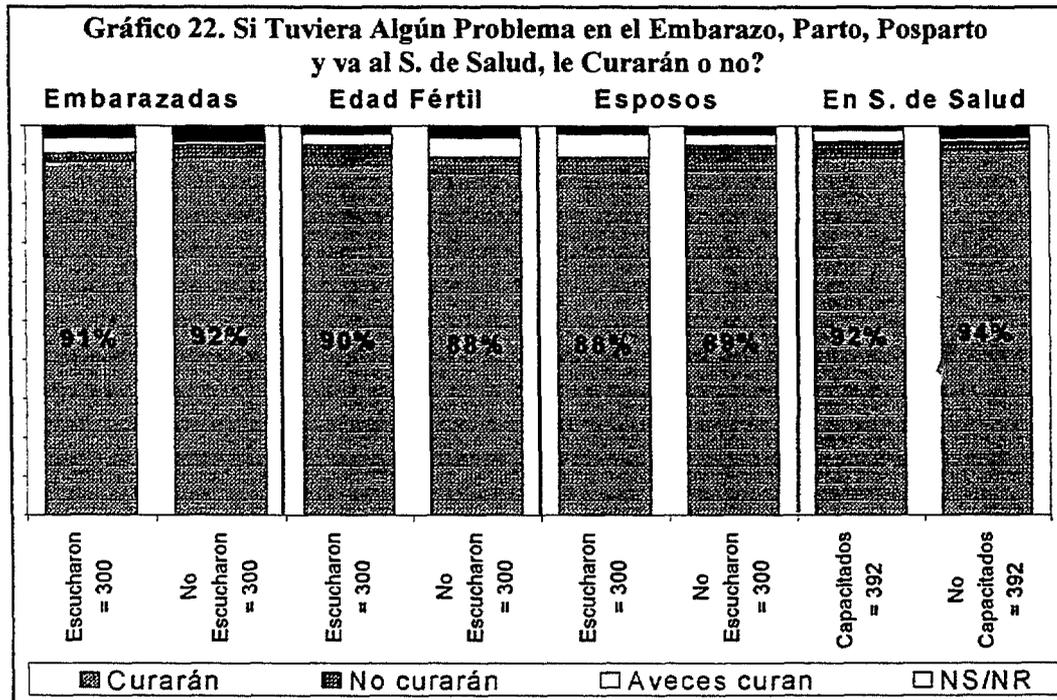
Con todo aún existe un 10% de la muestra que cree que los proveedores les tratarán o mal, o que simplemente no responden a la pregunta.



Nuevamente son 6 de cada 10 los entrevistados que creen que en el servicio de salud “respetarán” sus costumbres en la atención materno y neona-

tal. Esta proporción sube en las entrevistadas en los servicios a 7 de cada 10.

También como en el caso anterior (expectativas sobre el trato personal) entre las mujeres en edad fértil la mayor expectativa positiva se concentra en el grupo experimental (64% vs. 55%).



El Gráfico 22 confirma la información recaba en el Diagnóstico inicial de 1996: existe una alta confiabilidad en la capacidad resolutive de los proveedores de salud. En este estudio de impacto 9 de cada 10 cree que los médicos y enfermeras curarán sus complicaciones obstétricas y neonatales.

En síntesis se puede decir que a nivel de las expectativas no se observa un claro impacto de la Estrategia de MotherCare en el grupo experimental. Al igual que el grupo de control, un 90% confía en la eficiencia médica de los proveedores; pero este porcentaje se reduce al 60% respecto de la confianza en un buen trato y en el respeto a las costumbres de la comunidad. Excepto entre las mujeres en edad fértil, las diferencias en el grupo experimental y el de control son casi inexistentes en el ámbito de las expectativas.

5.8. Percepción de las Normas de Atención de Complicaciones.

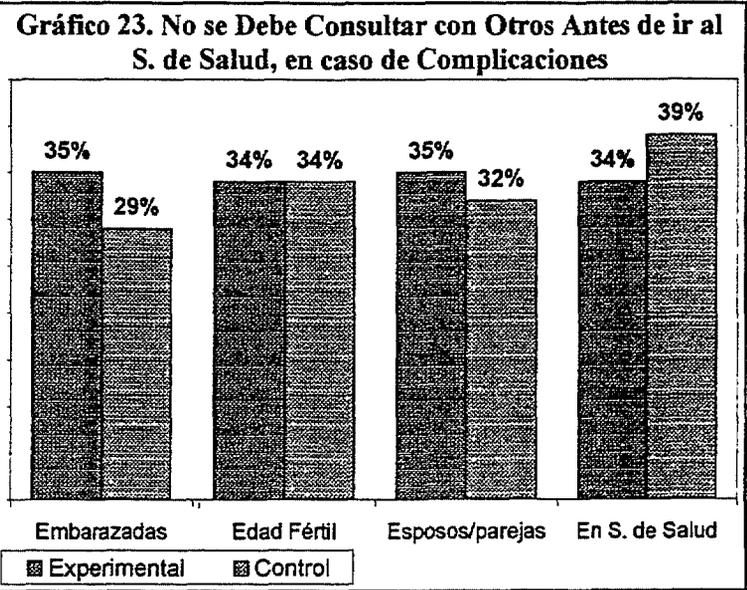
Según el modelo de cambio de conducta que sirvió de base para el diseño del presente estudio, para que se observe un auténtico cambio de conducta es necesario que la persona sea capaz de afianzar este cambio aún frente a las normas de la comunidad por un lado, y, por el otro, que perciba que estas normas apoyan su cambio de conducta.

En este contexto, se ha consultado a los entrevistados sobre su percepción respecto de las normas comunitarias en la atención de complicaciones obstétricas y neonatales.

En el Gráfico 23 se observa que entre un 30% a 40% de los entrevistados cree que NO se debe consultar con una persona mayor antes de ir al s. de salud en caso de complicaciones⁹.

Se trata, por tanto, de una actitud afín a los objetivos de la Estrategia IEC/C “Por una Maternidad Segura”.

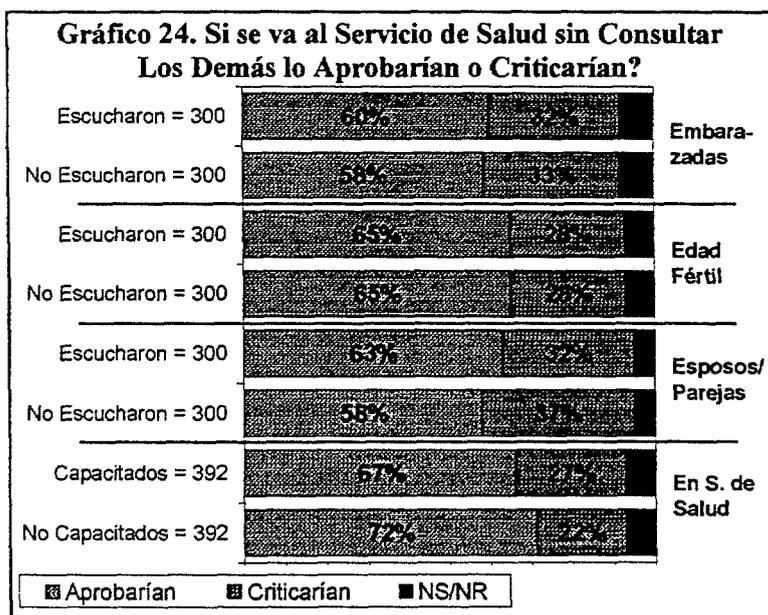
Entre los segmentos de mujeres embarazadas y esposos se nota una diferencia a favor del grupo experimental (escucharon la Radionovela). Esto se debe entre otras cosas a que las mujeres embarazadas han demostrado a lo largo de las anteriores variables un mayor impacto de la Estrategia, lo que implica una tendencia inicial de cambio de conducta. Se destaca la actitud de los esposos del grupo experimental porque, como se ha visto en el Diagnóstico, en el momento de complicaciones ellos toman la decisión final.



⁹ En el Diagnóstico de 1996 se encontró que el problema básico en las normas de atención en caso de complicaciones, era el tiempo que los entrevistados tardan en decidir van o no al servicio de salud en caso de complicaciones. La mayoría de las personas consultaba con personas mayores si debía o no ir al servicio, lo que generaba problemas en la atención. Por ello, en la Estrategia IEC/C de MotherCare se insistió en se debe ir de inmediato al servicio cuando alguna complicación obstétrica y/o neonatal sea reconocida.

En el segmento de mujeres que fueron entrevistadas en los servicios de salud, la diferencia es favorable al grupo de control; como se ha observado en las anteriores variables, en los servicios de salud el impacto de la Estrategia es menor y menos claro que en la comunidad. Uno de los elementos que ayuda a entender esta dinámica es, como se dijo en el capítulo 2 del presente informe, la alta rotación de los proveedores de salud, especialmente en los servicios del área provincial y rural¹⁰; por esta razón, en el momento del estudio, la mayoría de los proveedores capacitados por MotherCare ya no estaba en los servicios de salud del grupo “experimental”.

En el Gráfico 23 alrededor de un 35% de los entrevistados cree que no es necesario consultar con personas mayores antes de ir al s. de salud en caso de complicaciones.



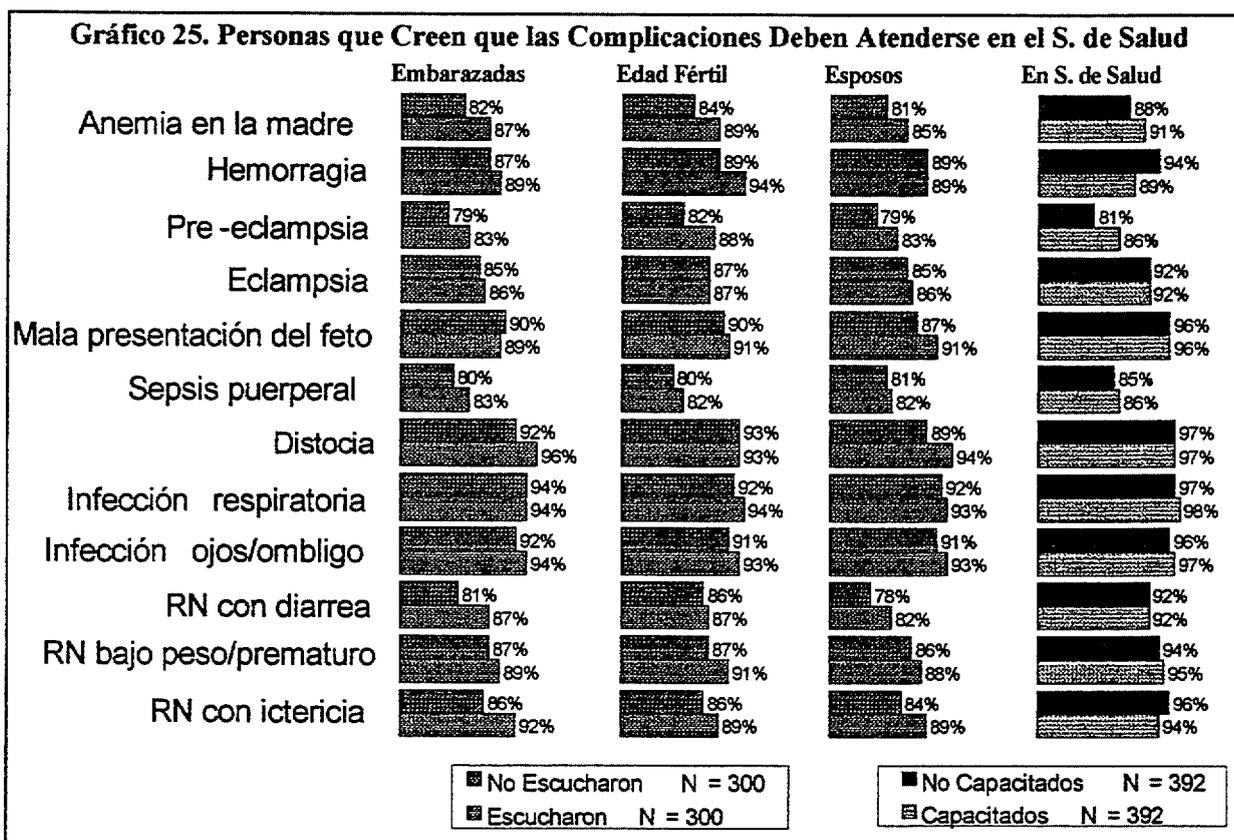
Sin embargo, si alguna mujer y su esposo tuvieran que ir al servicio sin consultar con nadie en caso de complicaciones, el 68% cree que los demás lo aprobarían (Gráfico 24). Es decir, existe ya en germen las condiciones para un cambio de conducta: la norma que afirma que se debe consultar antes de ir al servicio de

salud, no es total ni definitiva; en caso de emergencias está bien ir al servicio sin consultar.

Nuevamente se observa un mayor impacto de la Estrategia en el tema de normas en las mujeres embarazadas y en los esposos. En ambos segmentos existe una leve diferencia de 2% y 5% respectivamente a favor del grupo experimental.

¹⁰ La mayoría está sólo un año cumpliendo “su año de provincia”.

Con todo, cerca de un 30% de los entrevistados aún cree que en su comunidad les criticarían si no consultan antes en un caso de emergencia.



La información del Gráfico 25 confirma que más del 80% de los entrevistados creen que las normas de su comunidad les impulsa a buscar la atención de los servicios de salud en caso de complicaciones. Esto se asocia con la alta expectativa sobre la capacidad resolutive de los proveedores de salud¹¹.

En el Gráfico 25 también se observa una constante en los segmentos de la comunidad (embarazadas, edad fértil y esposos): en la gran mayoría de los casos el número de personas que cree que las complicaciones deben atenderse en el s. de salud es mayor en el grupo experimental (escucharon la Radionovela) en comparación con el grupo de control (no escucharon la Radionovela). Sólo en tres casos los porcentajes son iguales entre ambos grupos; pero en ningún caso los porcentajes favorecen al grupo de control.

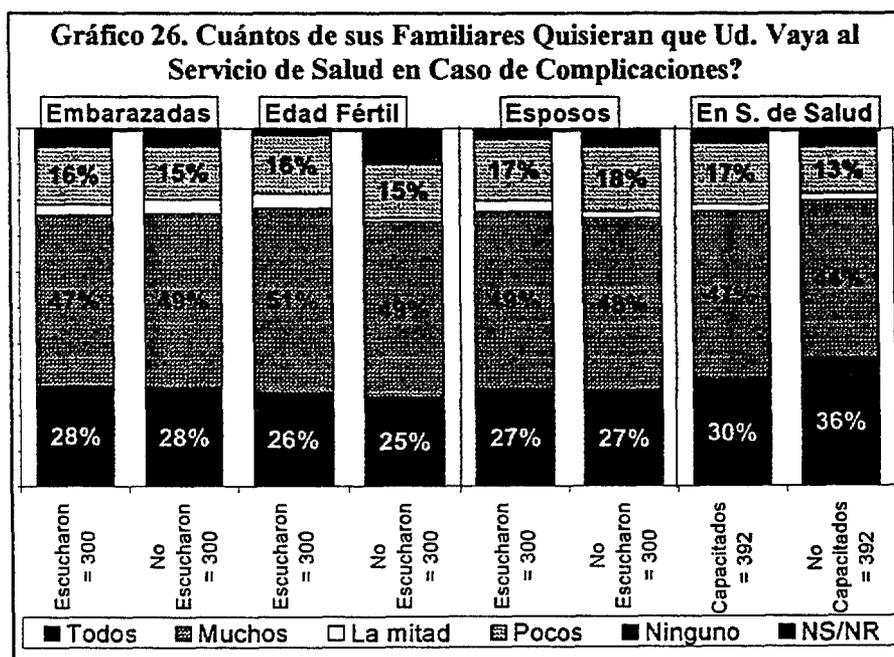
¹¹ Ver el punto 5.7 del presente capítulo.

Lo anterior quiere decir que la Estrategia IEC/C de MotherCare dirigida a la comunidad está permitiendo un paulatino cambio en las normas del grupo expuesto a ella: se cree en mayor proporción que el servicio de salud es el lugar adecuado para la atención de complicaciones.

Esto se confirma aún más si consideramos a las complicaciones en las que los porcentajes son más bajos respecto de la norma de atención en los servicios de salud (Gráfico 25). A saber, estas complicaciones son la pre-eclampsia, la sepsis puerperal (“sobrepardo”) y la diarrea en el bebé. Pero, en todas ellas se observan diferencias a favor del grupo experimental. Es decir, en las complicaciones con menos asociación al servicio de salud, son las personas del grupo experimental las que más tendencias al cambio muestran.

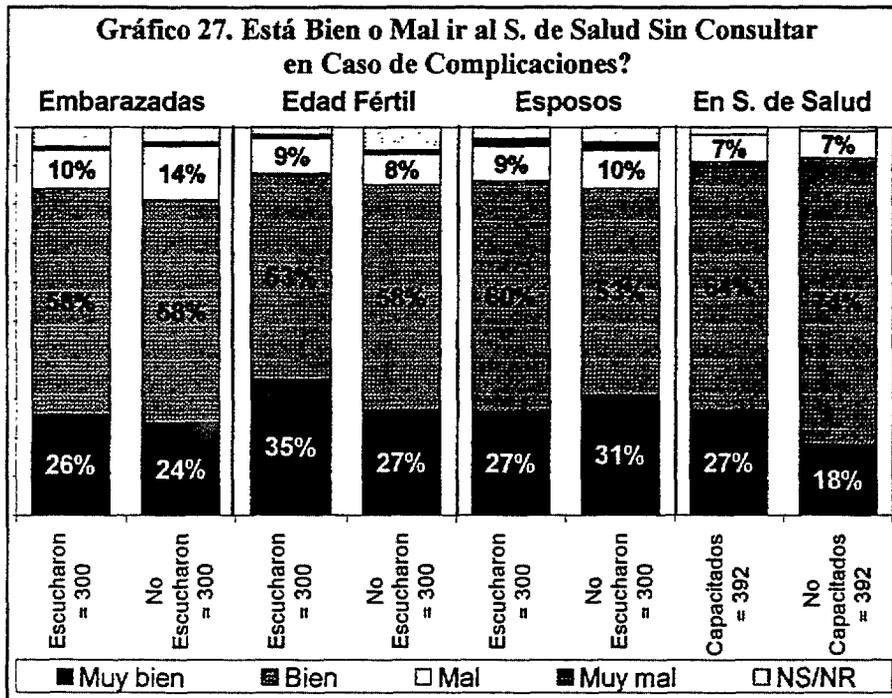
Como en las otras variables hasta aquí estudiadas, entre las mujeres entrevistadas en los servicios de salud la tendencia al cambio es menos notoria según el Gráfico 25.

Se preguntó a los entrevistados cuántos de sus familiares estarían de acuerdo en que vayan al s. de salud en caso de complicaciones para identificar las percepciones sobre las normas del círculo íntimo de influencia (Gráfico 26).



Se observa que 3 de cada 4 entrevistados creen que todos o muchos de sus familiares estarían de acuerdo. En este gráfico no se observan importantes diferencias entre el grupo expuesto a la Estrategia IEC/C de MotherCare y el no expuesto. Empero, el que un 75% crea que sus familiares estarán de acuerdo con ir al s. de salud, muestra ya las condiciones favorables para una ten-

dencia al cambio de actitudes en la resolución de complicaciones obstétricas y neonatales en la población estudiada.



Finalmente, para precisar el grado en el cual los entrevistados han internalizado como suyas las normas que apuntan al uso de los servicios de salud en caso de complicaciones, se les preguntó si está o no bien ir al s. de salud sin consultar con otras personas.

En el Gráfico 27 se observa que cerca del 90% cree que

está “muy bien” o “bien” el ir al s. de salud sin consultar con nadie en caso de complicaciones.

En el caso de las mujeres embarazadas, contrasta el 14% de personas del grupo de control que creen que está mal ir al s. de salud sin consultar, con el 10% de las del grupo experimental: en el grupo experimental la actitud negativa hacia el s. de salud como instancia de resolución es menor.

Entre las mujeres en edad fértil el 35% del grupo experimental cree que está muy bien ir al s. de salud sin consultar en caso de emergencia, en contraste con el 27% del grupo de control.

También en las mujeres entrevistadas en los servicios de salud existe una mayor proporción del grupo experimental que cree que está muy bien ir al s. de salud son consultar.

Estos datos nos hablan de un impacto inicial de la Estrategia IEC/C de MotherCare en algunos segmentos de la muestra y en algunos niveles de las actitudes más que en otros.

5.9. Conclusiones.

1. Si se considera el Camino de la Supervivencia Materna y Perinatal de MotherCare y el Modelo de Cambio de Conducta como elementos de evaluación del impacto de la Estrategia IEC/C de MotherCare, se tiene que la misma ha impactado más en unos segmentos que en otros, y más en unas variables que en otras.

El segmento en el que se observa mayor impacto es el de las mujeres embarazadas entrevistadas en la comunidad. Aquellas que estuvieron expuestas a la Radionovela demuestran una tendencia constante de mayor reconocimiento, valoración, intención de uso de servicios de salud, planificación de acceso y asimilación de normas orientadas al cambio, en la atención de complicaciones obstétricas y neonatales.

Hay que recordar que las embarazadas en la comunidad son las que estuvieron más expuestas a la radionovela (la escucharon por más tiempo, y de manera más seguida); además escucharon más que otros segmentos los programas radiales dirigidos al esposo; por tanto, es el segmento que más pudo asimilar el mensaje de la Estrategia IEC/C de MotherCare (Ver el capítulo 4). Por ello, existe una relación directa entre mayor exposición a la Estrategia y más claras e importantes tendencias al cambio de conocimientos, actitudes y prácticas respecto de la atención de complicaciones en el embarazo, parto, postparto y con el recién nacido.

2. En un segundo nivel de impacto están las mujeres en edad fértil expuestas a la Radionovela que demuestran más tendencias al cambio en las expectativas de atención de los servicios de salud y en algunas normas. Lo mismo puede decir de los esposos/parejas; ellos demuestran más tendencia al cambio en algunas normas, en la decisión de uso del s. de salud en algunas complicaciones.

Hay que recordar que varias personas de estos segmentos (especialmente las mujeres en edad fértil (no embarazadas), no están confrontadas con la problemática de las complicaciones en su situación actual y que, por tanto, la sensibilidad hacia esta temática es menor.

3. El segmento que menos impacto ha demostrado son las usuarias de los servicios de salud capacitados por MotherCare. Como se ha observado a lo largo de este capítulo, no hay una clara diferencia a favor del

grupo experimental. En varios indicadores, la diferencia es más bien a favor del grupo de control.

Ya se ha mencionado también que una de las causas para este comportamiento es la alta movilidad de los proveedores de salud en servicios del área provincial y rural. Pero también es necesario indagar acerca de otros factores que pudieran influir en este comportamiento.

4. Las mayores diferencias entre el grupo experimental y el de control se producen en el nivel de reconocimiento espontáneo de complicaciones obstétricas y neonatales, especialmente en las mujeres embarazadas entrevistadas en la comunidad.

Se trata de un importante avance ya que el reconocimiento implica el desencadenamiento de los demás pasos del Camino de la Supervivencia según el modelo de MotherCare.

Sin embargo, los entrevistados continúan dando más énfasis a las complicaciones obstétricas en comparación con las neonatales. Este es un problema que requiere mayor énfasis en el largo plazo.

5. Se debe destacar también que se han logrado importantes avances en la intención de uso de servicios de salud en el caso de dos complicaciones que antes no se asociaban a la atención en el servicio de salud: la pre-eclampsia por un lado, y la sepsis puerperal por el otro.

Hay que recordar que, según el Diagnóstico de 1996, la pre-eclampsia no era reconocida como peligrosa; en cambio, en esta evaluación sí se reconoce como tal. En 1996 la sepsis puerperal era tratada preferentemente en el hogar; en cambio, en el presente estudio se entiende que es necesario acudir al servicio de salud para su atención.

6. Otro logro importante de la Estrategia es que las mujeres embarazadas y los esposos expuestos a ella, están planificando mucho más que los no expuestos, su acceso a los servicios de salud.
7. Todavía se requiere trabajar en el área de calidad de atención en los servicios y en la expectativa de los usuarios al respecto. Como se ha observado en este capítulo, el 90% de los entrevistados cree que en el servicio de salud pueden curar una complicación obstétrica o neonatal; pero sólo el 60% cree que le atenderán bien y/o que respetarán su

costumbre. Es decir, hay un 30% de personas que creen en la capacidad resolutiva de los proveedores, pero no en la calidez del trato interpersonal.

En la medida en que este 30% de personas crea que además de la capacidad resolutiva, en los servicios les tratarán bien, es previsible que el uso de servicios en caso de complicaciones se incremente de manera significativa. Al respecto hay que recordar que la principal razón para no acudir a estos servicios en el embarazo, no es la falta de recursos económicos ni la falta de servicios en la zona, sino el temor a que el médico o la enfermera trate mal a la usuaria.

8. En cuanto a las normas, tanto en el grupo experimental como en el de control, existe una predisposición ya identificada en 1996, a asociar el servicio de salud con la atención de complicaciones.

Esta predisposición inicial explica, entre otras razones, que en sólo dos años, la Estrategia de MotherCare haya tenido un impacto apreciable en las personas expuestas a ella: antes de su lanzamiento ya existía la predisposición a un cambio de conducta, sólo hacia falta un motivador (la estrategia IEC/C) para concretar el mismo.

6

**Satisfacción de la Usuaría
Con los Servicios de Salud**

6.1. Introducción.

En el anterior capítulo se han analizado las variables del estudio que tienen que ver con el Camino de la Supervivencia Materna y Perinatal de MotherCare (reconocimiento de complicaciones obstétricas y neonatales, valoración del peligro de las mismas, intención de uso de servicios de salud en caso de complicaciones y planificación de acceso a los servicios de salud).

Además se ha estudiado las actitudes y percepciones de los entrevistados respecto de las normas y expectativas de la comunidad en la atención de complicaciones obstétricas y neonatales.

De acuerdo al Camino de la Supervivencia Materna y Perinatal de MotherCare, no es suficiente que las mujeres y sus esposos accedan al servicio de salud en caso de complicaciones; se requiere además que la atención en estos servicios tenga calidez, calidad, eficacia y eficiencia.

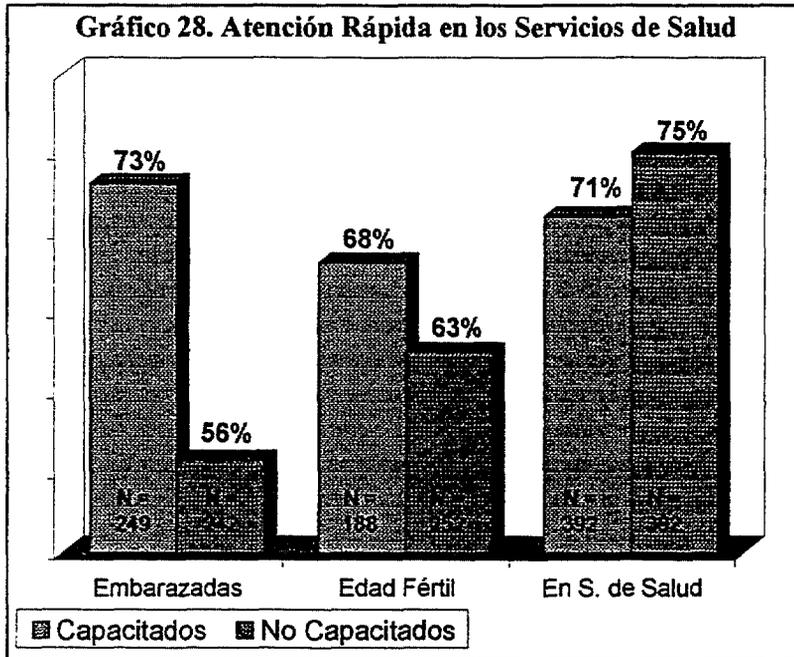
Para estudiar el tipo de atención que se brinda en el grupo experimental (servicios de salud capacitados por MotherCare¹) y en el grupo de control (servicios de salud no capacitados por MotherCare²) se consultó a las usuarias de estos servicios su opinión al respecto.

¹ En adelante “servicios capacitados”.

² En adelante “servicios no capacitados”.

En primer lugar se preguntó a estas usuarias su satisfacción respecto de la atención en los servicios de salud; este capítulo presentará los resultados sobre esta primera variable.

6.2. Rapidez en la Atención en el Servicio de Salud.



En el Diagnóstico de 1996 se constató que el grado de satisfacción con el servicio de salud está estrechamente relacionado con la rapidez con la cual una persona es atendida.

Por esta razón, en el presente estudio de impacto se preguntó a las usuarias de los servicios de salud entrevistadas tanto en la comunidad como en los propios servicios de salud³.

En el Gráfico 28 se muestra el porcentaje de usuarias que afirmaron que en los servicios de salud donde fueron les “atendieron rápido”. Las mujeres del grupo experimental entrevistadas en la comunidad (personas que fueron a servicios capacitados por MotherCare) afirman en mayor proporción que las que fueron a servicios de salud de control (no capacitados por MotherCare) que les atendieron rápido. Esto es especialmente cierto

³ En los gráficos y cuadros que a continuación se presentan, las mujeres entrevistadas en la comunidad y a quienes se les consultó sobre la atención en los servicios de salud en su última visita a los servicios materno neonatales, se denominan “embarazadas” o “edad fértil” (mujeres no embarazadas con por lo menos un parto entre los últimos 7 meses a 2 años antes de la entrevista). Por tanto, la información brindada tanto por las mujeres “embarazadas” y las de “edad fértil” entrevistadas en la comunidad se refiere al recuerdo de una experiencia vivida antes de la entrevista (en los últimos 2 años antes de la entrevista). En cambio, las mujeres embarazadas entrevistadas a la salida de la consulta prenatal de estos servicios están bajo el denominativo “en s. de salud”; la información de estas entrevistadas es más confiable pues ellas relatan su evaluación de una atención vivida unos minutos antes de la entrevista.

en el caso de las mujeres embarazadas de la comunidad: hay 17 puntos porcentuales de diferencia a favor del grupo experimental.

En cambio, entre las usuarias entrevistadas en los mismos servicios de salud existe diferencia porcentual de 4 puntos a favor del grupo de control.

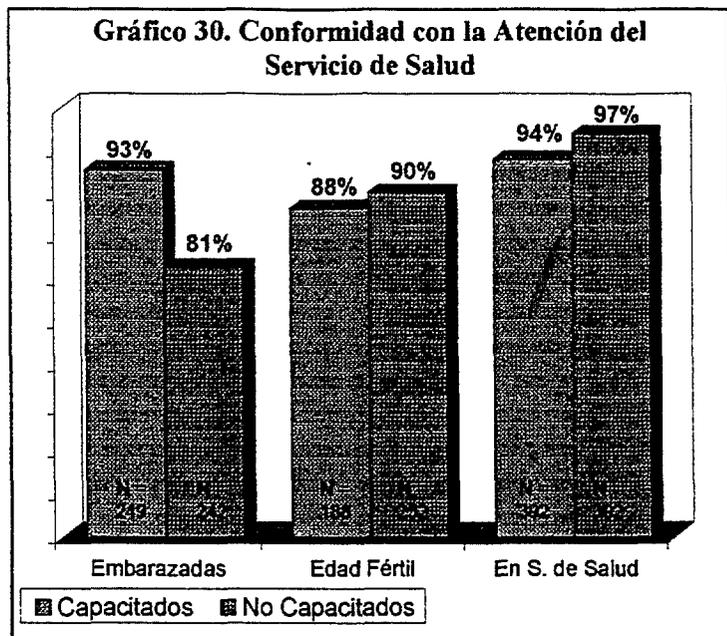
6.3. Satisfacción General con la Atención en el Servicio de Salud.

En el Gráfico 30 aparecen las personas que afirmaron estar conformes con la atención recibida en el servicio de salud.

Nuevamente se observa que entre las mujeres embarazadas entrevistadas en la comunidad y que fueron a los servicios de salud capacitados por MotherCare existe una mayor conformidad con la atención del servicio.

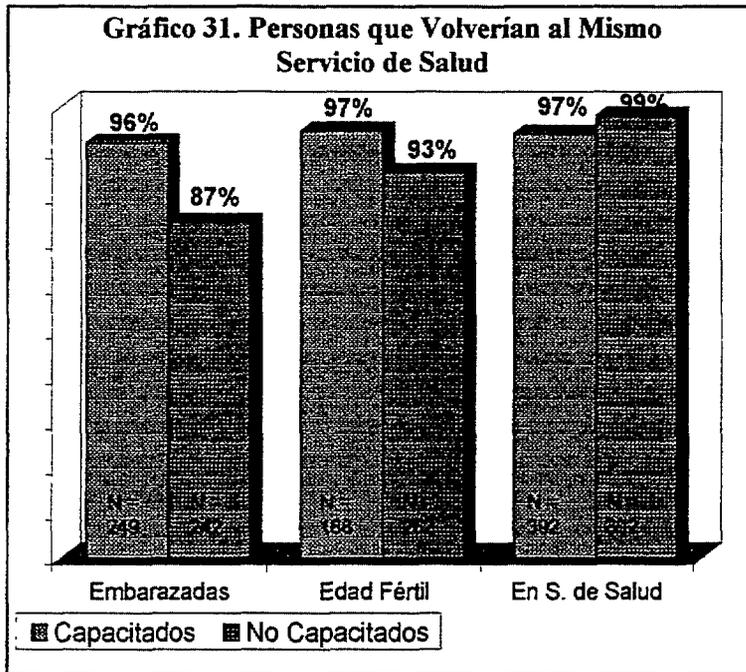
Esto coincide con la información del Gráfico 29 donde estas mujeres afirmaron que les atendieron rápido en mayor proporción que el grupo de control.

En los demás segmentos del que aparecen en el Gráfico 30, existe una diferencia de 2 a 3 puntos porcentuales a favor del grupo de control. En el caso de las mujeres embarazadas entrevistadas en los propios servicios de salud concuerda con la información precedente: las usuarias de los servicios de salud de control afirman en mayor proporción que fueron atendidas rápidamente; de igual manera, son más las usuarias de estos servicios que están conformes con la atención recibida.



6.4. Intención de Réplica de Uso de los Servicios de Salud.

Para analizar mejor el grado de satisfacción con los servicios, se preguntó a las usuarias de los mismos si volverían al mismo servicio de salud. El Gráfico 31 muestra los resultados de esta pregunta.



Se puede constatar que la mayoría de las usuarias volvería al mismo servicio de salud⁴; los porcentajes sobrepasan el 85% en todos los casos.

Nuevamente, es entre las embarazadas entrevistadas en la comunidad y que fueron a los servicios de capacitados por MotherCare donde se observa la mayor diferencia a favor del grupo experimental.

Otro tanto ocurre entre las mujeres en edad fértil. Sin embargo, cuando llegamos a las embarazadas entrevistadas en los propios servicios de salud, vuelve a aparecer una leve diferencia a favor del grupo de control.

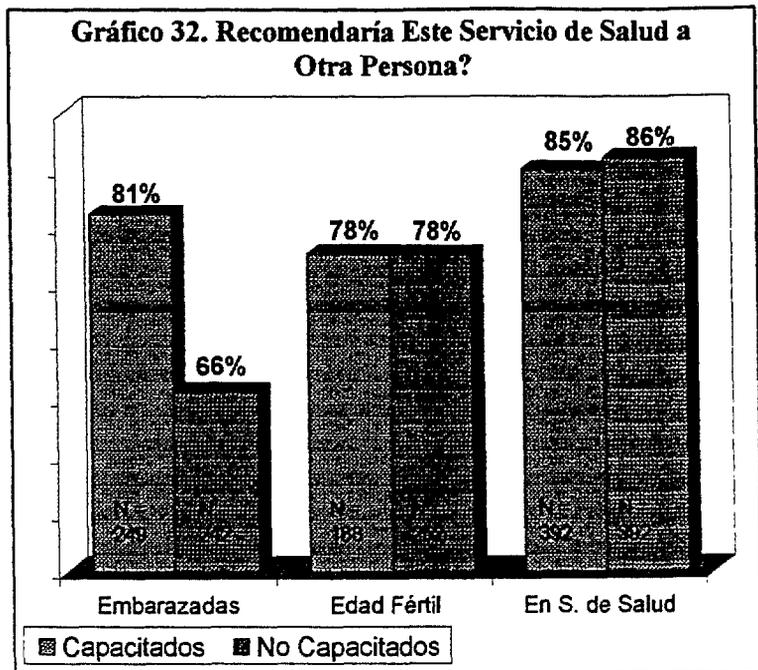
6.4. Recomendación de Uso de los Servicios de Salud.

Otro indicador que ayuda a precisar el grado de satisfacción con la atención recibida en los servicios de salud es el precisar si la usuaria recomendaría el uso del servicio de salud a otra persona. En el Gráfico 32 se presenta la información sobre este punto.

⁴ Hay que recordar que estos elevados porcentajes de satisfacción se debe entre otros factores a que el encuestador apareció a los ojos de las entrevistadas como un representante del ámbito institucional de los servicios de salud; de ahí que, como se verá más adelante, los porcentajes de satisfacción y evaluación positiva de los servicios de salud son altos en la mayor parte de los casos. Sin embargo, este factor afectó tanto al grupo experimental como al de control, por lo que la comparación entre ambos continúa siendo válida.

Nuevamente se observa que entre las mujeres embarazadas del grupo experimental hay un mayor nivel de satisfacción con la atención en los servicios capacitados por MotherCare: el 81% recomendaría el servicio de salud a otra persona contra el 66% del grupo de control (15% a favor).

En cambio, en los otros segmentos prácticamente no hay diferencia entre el grupo experimental y el grupo de control.



6.5. Conclusiones.

1. En la variable de satisfacción general con la atención en los servicios de salud, se observa que las mujeres embarazadas entrevistadas en la comunidad y que fueron a los servicios capacitados por MotherCare muestran un mayor grado de satisfacción: más de estas usuarias afirman que fueron atendidas rápido, están conformes, volverían al mismo servicio de salud y recomendarían a otras personas el mismo servicio de salud. En todos estos indicadores, los porcentajes del grupo de control son más bajos.
2. Entre las mujeres en edad fértil entrevistadas en la comunidad no se observa un patrón claro de satisfacción general. En algunos indicadores los porcentajes del grupo experimental son mayores a los del grupo de control (rapidez y la intención de volver al mismo servicio de salud); pero en el grado de conformidad el porcentaje favorece al grupo de control.

Con la información disponible es difícil explicar este comportamiento de la información en el caso de las mujeres en edad fértil. Sólo cabe recordar que en éste caso con en las embarazadas en la comunidad, es-

tamos hablando del recuerdo de una experiencia (uso del servicio de salud) que pasó a veces mucho antes de que se realice la encuesta.

3. Finalmente, como en las anteriores variables, en el grado de satisfacción se observa que el grupo experimental muestra porcentajes generalmente más bajos que el grupo de control.

Como ya se ha observado, es en esta área donde el impacto de la Estrategia IEC/C de MotherCare es menos notorio.

7

**Información,
Comunicación Interpersonal y
Consejería**

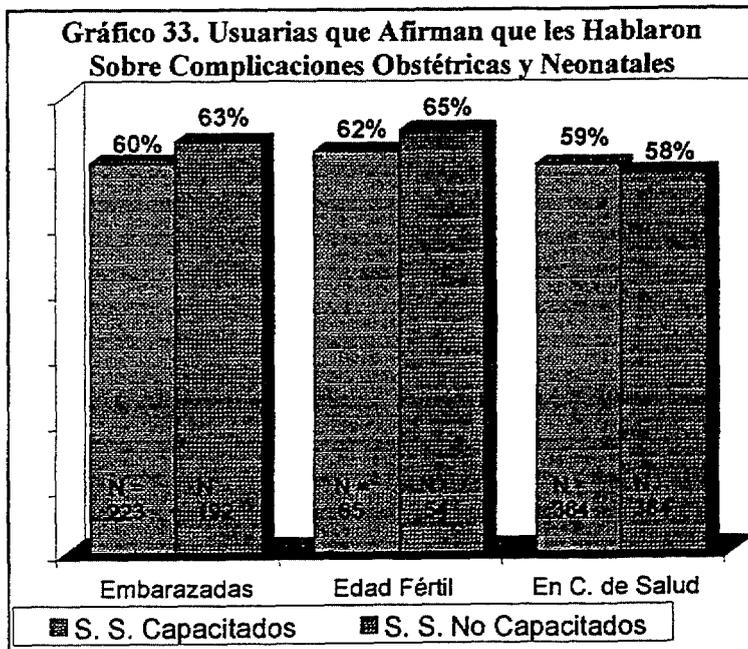
7.1. Introducción.

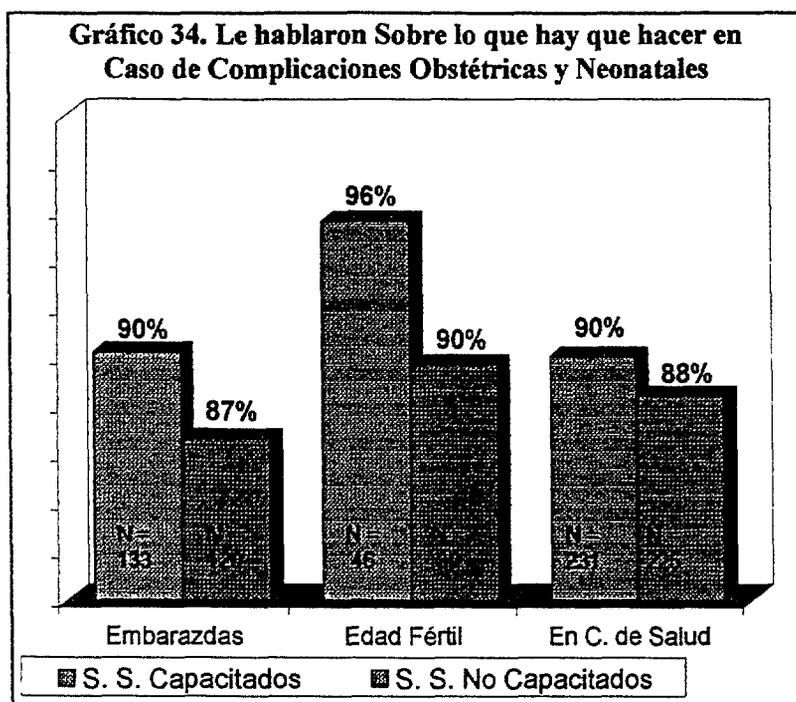
En este capítulo se estudia el nivel de información que los proveedores de salud ofrecen a las usuarias, y la calidad en la comunicación interpersonal y consejería, como parte de la evaluación de los servicios de salud capacitados por MotherCare.

7.2. Información Sobre Complicaciones Obstétricas y Neonatales.

En el Gráfico 33 se observa que en cerca del 60% de los casos los proveedores de salud hablan a las usuarias sobre las complicaciones obstétricas y neonatales en una consulta prenatal.

Aunque las diferencias son mínimas, y contrariamente a lo observado en el anterior capítulo, aquí las diferencias a favor del grupo de control se dan entre las usuarias entrevistadas en la comunidad, mientras que en las usuarias entrevistadas en los propios servicios, son las del grupo experimental las que cuentan con la diferencia a su favor.





Del total de usuarias que recibieron información sobre complicaciones obstétricas y neonatales, más del 80% recibieron información sobre lo que tenían que hacer en caso de presentarse alguna complicación (Gráfico 34).

En este caso se observa una tendencia constante a favor del grupo experimental. Es decir, las usuarias de los servicios de salud capacitados por MotherCare

recibieron en mayor cantidad que las del grupo de control información sobre lo que hay que hacer en caso de complicaciones obstétricas y neonatales.

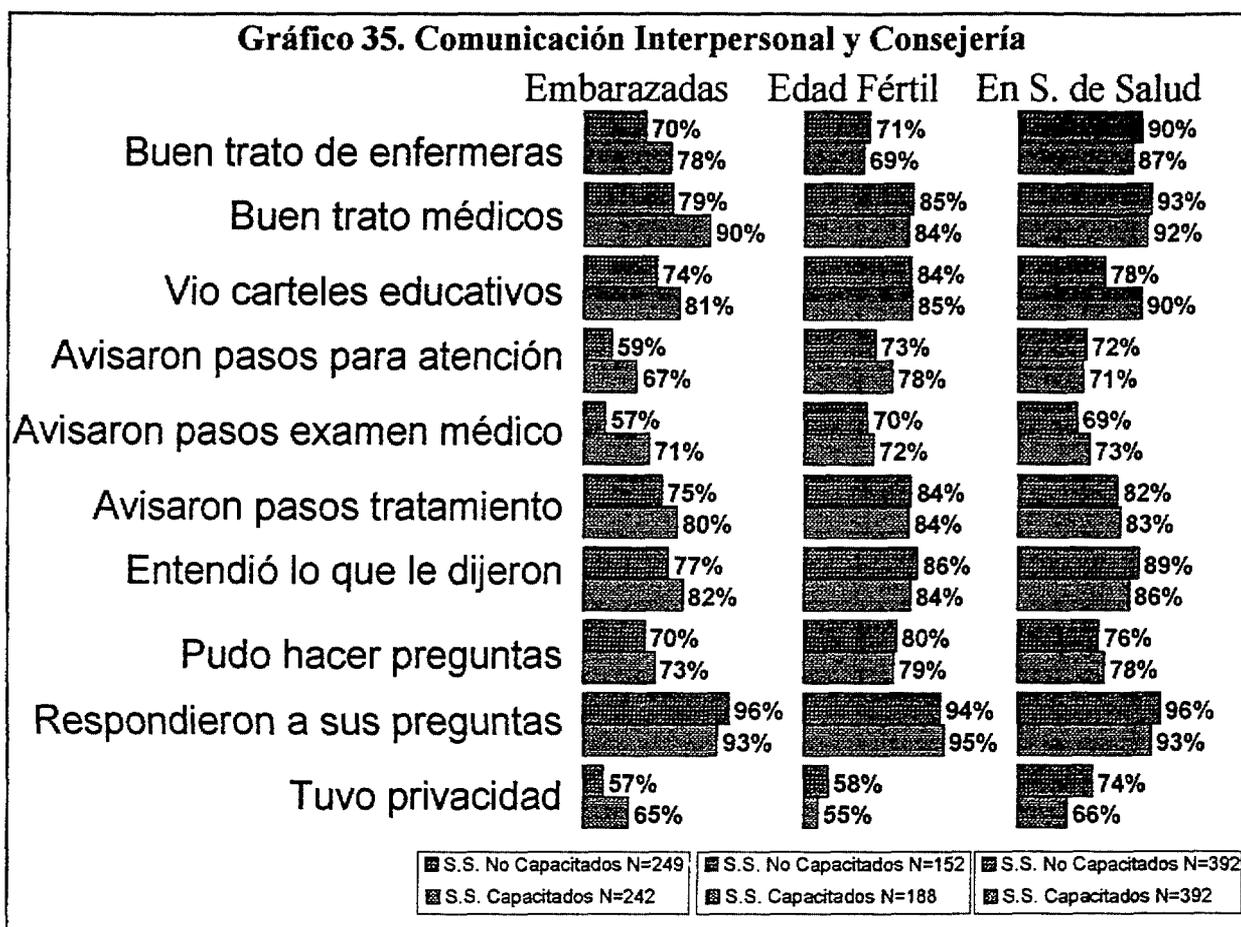
Esta diferencia a favor del grupo experimental se debe entre otros factores, a que, en los servicios de salud capacitados por MotherCare se usa el Plan de Acceso en el cual se planifica junto con la usuaria lo que debe hacer en caso de emergencias¹.

7.3. Comunicación Interpersonal y Consejería.

El trato entre el proveedor de salud y la usuaria de los servicios materno infantiles no sólo se evalúa a partir de la cantidad y calidad de información intercambiada entre ambos, sino también a partir del trato personal brindado a la usuaria, y la calidad de la comunicación y de la consejería.

El Gráfico 35 muestra el nivel alcanzado en los indicadores de comunicación interpersonal y consejería en los servicios de salud capacitados por MotherCare y en los no capacitados por esta institución.

¹ Ver el capítulo 4 del presente informe.



En el Gráfico 35 se observa que entre las mujeres embarazadas entrevistadas en la comunidad hay una tendencia constante que muestra diferencias a favor del grupo experimental. En efecto, salvo en “respondieron a sus preguntas”, en los demás indicadores las diferencias favorecen a las usuarias de servicios de salud capacitados por MotherCare. Las más notables se presentan en el buen trato de enfermeras y médicos. Esto no deja de ser un dato muy importante, ya que, como se ha visto en el capítulo 5 de este informe, es por el temor a un trato deficiente por parte del médico que muchas mujeres no van al control prenatal.

Otra importante diferencia a favor del grupo experimental está en el ítem “le avisaron pasos del examen médico”. Esto también es importante puesto que el no avisar por ejemplo que se realizará a una mujer un examen vaginal provoca una reacción negativa en las usuarias; especialmente si son parte de la cultura andina (quechua – aymara).

En el caso de las mujeres en edad fértil entrevistadas en la comunidad no se observa un patrón claro en el nivel de los indicadores. En la mayoría de los casos no hay una diferencia importante entre ambos grupos (control o experimental); a veces hay diferencias mínimas a favor del grupo de control y a veces a favor del grupo experimental.

En cambio, entre las embarazadas entrevistadas en los propios servicios de salud, aunque hay diferencias mínimas, la mayoría de ellas favorece al grupo de control. Sólo en el caso de “vio carteles educativos” la diferencia favorece al grupo experimental de manera notoria.

7.4. Conclusiones.

1. En 6 de cada 10 casos, los proveedores de salud tanto del grupo experimental como del grupo de control informan a las usuarias sobre las complicaciones obstétricas y/o neonatales.

Sin embargo, cuando se trata de indicar a las usuarias qué se tiene que hacer si se presentan estas complicaciones se observa una clara tendencia que muestra que en los servicios de salud capacitados por MotherCare se toma más en cuenta este aspecto.

Es decir, aunque el nivel de información es más o menos similar entre ambos grupos, la calidad de la información es mayor en el grupo de control.

Entre otros factores, lo que ayuda a una mayor calidad de información sobre complicaciones obstétricas y neonatales es el material del que disponen los servicios capacitados por MotherCare. Si es que más usuarias de estos servicios reciben información sobre lo que hay que hacer cuando se presentan complicaciones es porque en estos servicios se está usando más el Plan de Acceso².

2. En cuanto a los indicadores que dan cuenta de la calidad de la comunicación interpersonal y consejería, es entre las mujeres embarazadas entrevistadas en la comunidad donde se observa una clara tendencia de una mejor comunicación y consejería en los servicios de salud capacitados por MotherCare; especialmente en el trato personal que brindan médicos y enfermeras.

² Sobre este tema ya se habló en el capítulo 4 del presente informe.

En cambio, entre las mujeres en edad fértil entrevistadas en la comunidad y entre las mujeres embarazadas entrevistadas en los propios servicios de salud, las diferencias son mínimas y no siguen un patrón claro: a veces las mismas favorecen al grupo de control y a veces favorecen al grupo experimental.

Nuevamente hay que hacer notar que este comportamiento se debe en gran parte a la alta rotación de los proveedores de salud en los servicios del área rural y provincial especialmente.

8
Respeto de Costumbres
Tradicionales de la Comunidad
En los Servicios Materno Infantiles

8.1. Introducción.

En el Diagnóstico de 1996, se pudo concluir que una de las principales barreras para que las mujeres embarazadas puedan acceder a los servicios de salud es la falta de sintonía entre las costumbres de la comunidad en la atención del parto especialmente y las prácticas instituciones de atención materno infantil.

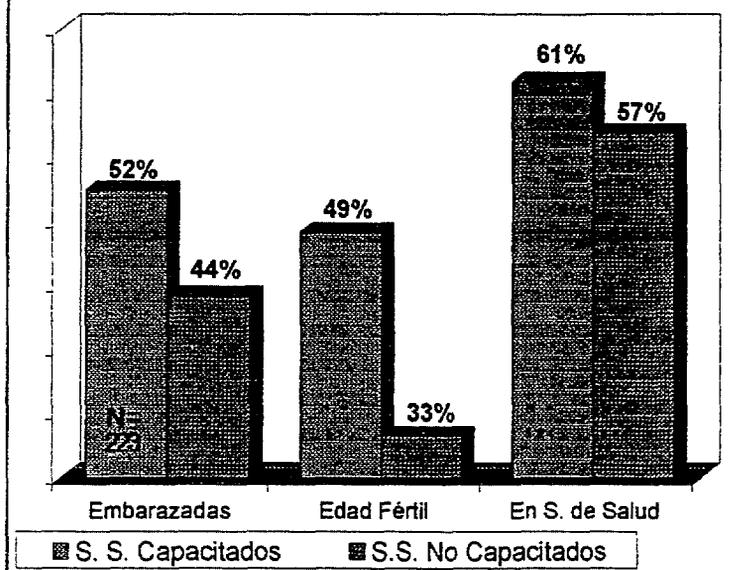
En este contexto, en la Estrategia IEC/C “Por una Maternidad Segura” de MotherCare se elaboró un componente para que los proveedores de salud puedan incorporar cuatro costumbres de la comunidad en la atención materno infantil (poder dar a elegir a la usuaria la posición en el parto, que estará abrigada en el parto, la presencia de algún familiar y/o la partera, la devolución de la placenta).

En este capítulo se estudiará hasta qué punto se han incorporado estas costumbres en los servicios materno infantiles.

8.2. Percepción Sobre el Respeto de las Costumbres en el Servicio de Salud

En el Gráfico 36 se presenta el porcentaje de usuarias que cree que en el servicio de salud donde fueron atendidas se respeta las costumbres de la comunidad en la atención materno infantil.

Gráfico 36. Percepción de Respeto a las Costumbres de la Comunidad en los Servicios de Salud



Como se puede apreciar en este gráfico, en los tres segmentos considerados, las mujeres que fueron a los servicios de salud capacitados por MotherCare afirman en mayor proporción que las que fueron a servicios no capacitados por esta institución, que en ellos se respeta las costumbres de la comunidad.

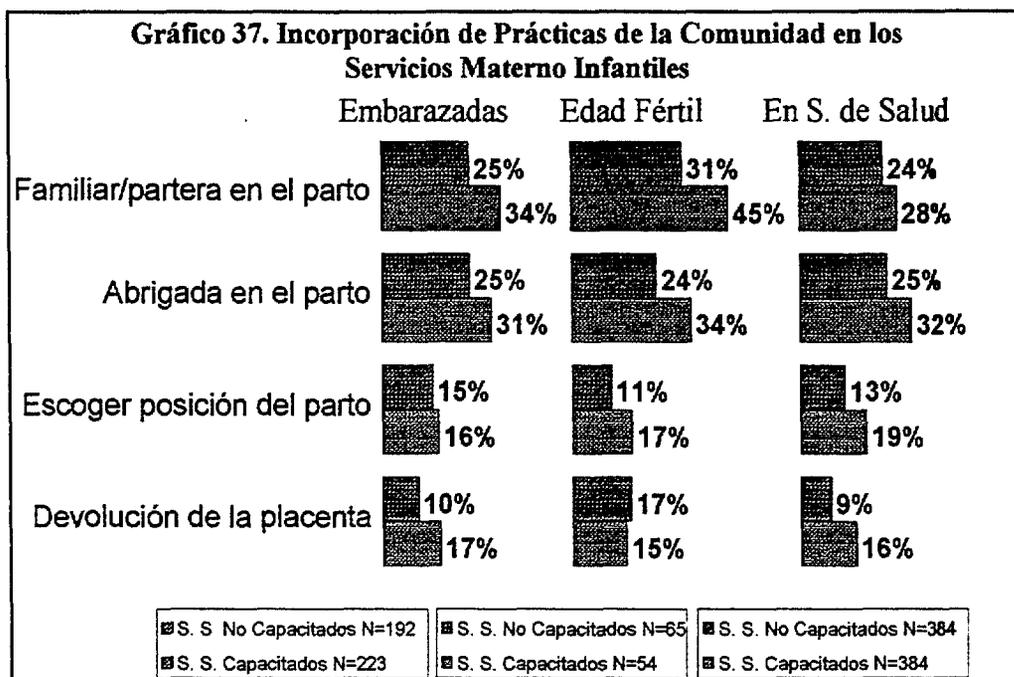
La mayor diferencia se encuentra entre las mujeres en edad fértil: 16% a

favor del grupo experimental. Luego están las mujeres embarazadas de la comunidad con 8% a favor, y finalmente están las embarazadas entrevistadas en los propios servicios de salud con 4% a favor.

Lo importante para destacar es que en todos los casos, es en los servicios capacitados por MotherCare donde se percibe un mayor respeto a las costumbres de la comunidad en la atención materno infantil. Como se verá a continuación esta percepción se correlaciona con una mayor percepción de incorporación de determinadas costumbres en los servicios capacitados por MotherCare.

8.3. Incorporación de Costumbres Determinadas en los Servicios de Salud.

El Gráfico 37 muestra el porcentaje de usuarias que afirman que el servicio de salud donde fueron incorpora las costumbres que específicamente se mencionan.



En el presente gráfico se puede observar que, en la mayoría de los indicadores y en todos los segmentos considerados, son las usuarias de los servicios capacitados por MotherCare las que afirman en mayor proporción que los proveedores de salud están incorporando en su atención determinadas costumbres de la comunidad.

En el caso de las embarazadas de la comunidad la diferencias más notables se presentan en la posibilidad de tener un familiar o la partera en el parto (9% a favor del grupo experimental), la devolución de la placenta (7%), y que puede estar abrigada durante el parto (6% a favor).

Entre las mujeres en edad fértil entrevistadas en la comunidad destaca la posibilidad del familiar/partera en el parto (14% a favor), abrigada en el parto (10%) y escoger la posición en el parto (6%).

En cuanto a las mujeres entrevistadas en los propios servicios de salud las diferencias oscilan entre 4% y 7%.

8.4. Conclusiones.

1. Se observa que en la incorporación de costumbres de la comunidad en los servicios materno infantiles (fundamentalmente en el parto), los servicios de salud capacitados por MotherCare son los que más apertura a esta incorporación han demostrado, y así lo perciben sus usuarias.
2. Lo anterior da a entender que es posible lograr cierta apertura a la incorporación de costumbres de la comunidad a partir de un proceso de capacitación y sensibilización respecto de la importancia de estas costumbres para las usuarias de los servicios materno infantiles.
3. Es posible que esta mayor incorporación de las costumbres de la comunidad en la atención de los servicios haya sido percibida también como un mejor trato de las enfermeras y médicos de los servicios capacitados por MotherCare como se observó en el anterior acápite.

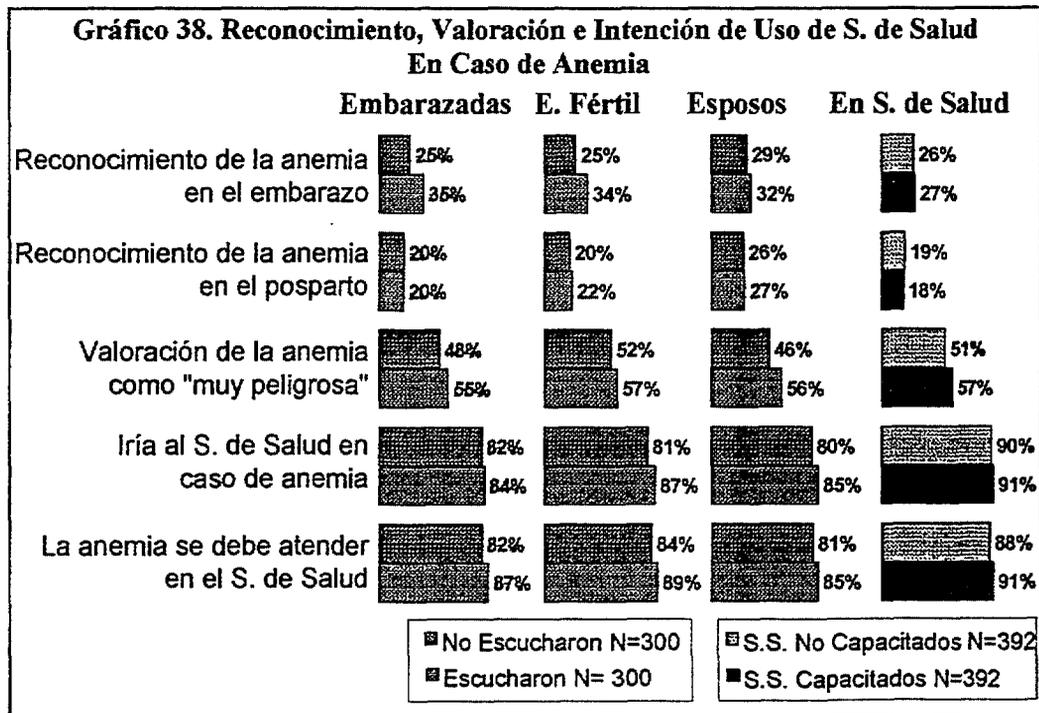
81.

9
Información Sobre Anemia,
Planificación Familiar y
Enfermedades de Transmisión Sexual

9.1. Introducción.

En este capítulo se presentan los datos referidos a varios temas puntuales que fueron estudiados en la Evaluación de Impacto de la Estrategia IEC/C de MotherCare: la información y distribución de pastillas de sulfato ferroso, la información sobre planificación familiar y sobre enfermedades de transmisión sexual.

9.2. Información Sobre Anemia y Pastillas de Sulfato Ferroso.



En el Gráfico 38 se resume la información sobre anemia que se ha analizado de manera separada en los anteriores capítulos¹. Como se puede apreciar, no existen diferencias sustanciales entre el grupo experimental expuesto a la estrategia de MotherCare y el grupo de control no expuesto a esta estrategia.

El nivel de reconocimiento espontáneo de la anemia tanto en el embarazo como en el postparto no sobrepasa al tercio de los entrevistados; tiende a ser más reconocida en el embarazo que en el postparto. En la comunidad (embarazadas, edad fértil y esposos), los que escucharon la radionovela Diario de un Destino tienden a reconocer más que el grupo de control esta complicación, especialmente las embarazadas con 10% a su favor y las mujeres en edad fértil con 9% a su favor.

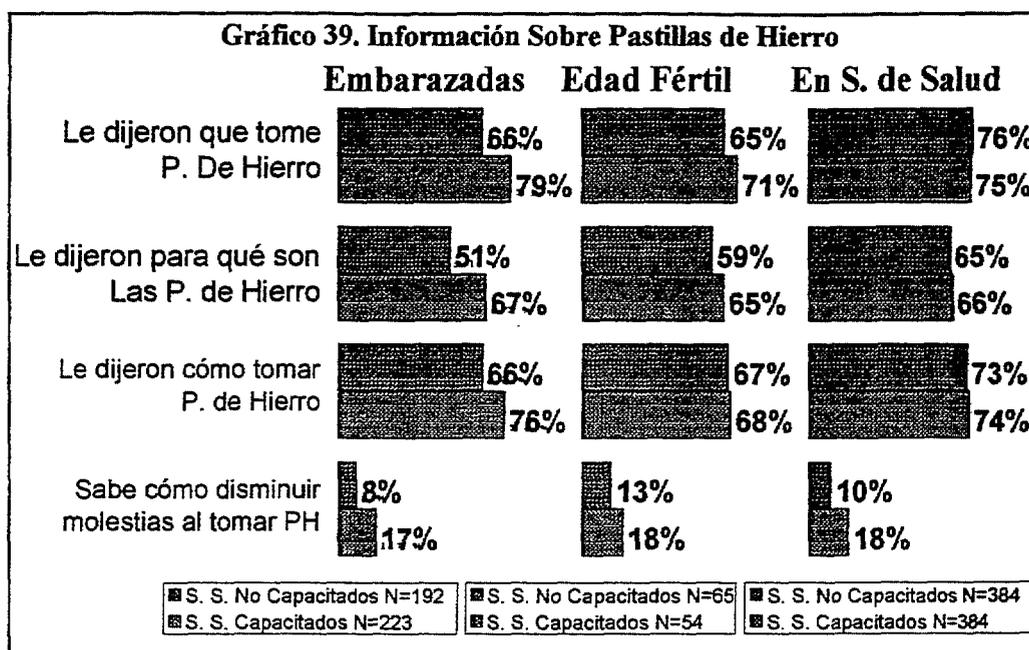
La valoración de la anemia como “muy peligrosa” llega al 50% de la muestra². En este indicador son las personas expuestas a la estrategia de MotherCare las que tienden a afirmar más que las del grupo de control que la anemia es muy peligrosa, con una diferencia promedio del 5% a favor del grupo experimental.

La intención de uso del servicio de salud en caso de anemia sube al 85% en promedio. Aunque las diferencias son mínimas, nuevamente son las personas del grupo experimental de la comunidad quienes muestran una mayor intención de uso de los servicios que las del grupo de control.

Finalmente en el mismo nivel de la intención de uso de los servicios de salud está la percepción de la norma de la comunidad: “la anemia debe atenderse en un servicio de salud” y no en la casa. Nuevamente las personas del grupo experimental son las que están más predispuestas a ver la norma como favorable al uso del servicio de salud en caso de anemia.

¹ Para una mejor comprensión del impacto del Programa de Suplementación con Pastillas de Sulfato Ferroso ver el informe especial elaborado por Diagnosis (marzo de 2000). En el se conjugan estos datos además de los resultados de un estudio cualitativo a partir de entrevistas semiestructuradas a proveedores de salud, promotores de salud, mujeres embarazadas que recibieron pastillas de sulfato ferroso en los servicios de salud y mujeres embarazadas que recibieron estas pastillas a través de promotores de salud.

² Recuérdese que en el estudio se preguntó a los entrevistados si las complicaciones, entre ellas la anemia son “muy peligrosas”, “poco peligrosas” o “normales”. En este gráfico sólo se colocan a los que respondieron que la anemia es “muy peligrosa”.

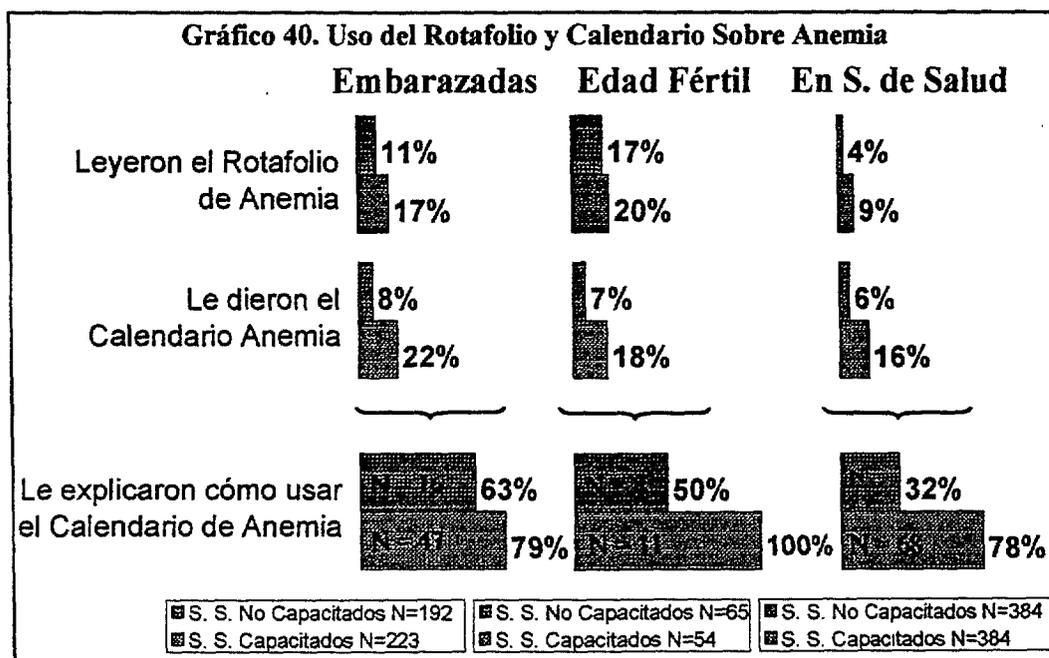


El Gráfico 39 muestra los indicadores utilizados para precisar el nivel de información sobre pastillas de sulfato ferroso (pastillas de hierro). Aquí se observa un mayor impacto entre las embarazadas entrevistadas en la comunidad; en este segmento todos los indicadores son favorables al grupo experimental; el promedio de diferencia es del 12%.

Entre las mujeres en edad fértil la diferencia a favor del grupo experimental es clara en dos indicadores: le dijeron que tome pastillas de hierro y sabe cómo disminuir las molestias al tomar pastillas de hierro.

Finalmente en las embarazadas entrevistadas en los servicios de salud se destaca como favorable al grupo experimental el indicador “sabe cómo disminuir las molestias al tomar pastillas de hierro”.

Independiente del segmento considerado, lo que destaca a favor del grupo experimental es que las usuarias de los servicios de salud capacitadas por MotherCare saben cómo disminuir las molestias al consumir pastillas de hierro más que las del grupo de control. Nuevamente, aunque el nivel de la información es parecido en ambos grupos, la calidad de la misma parece ser mejor en el grupo experimental; como se verá esto se debe al uso de materiales educativos de la Estrategia IEC/C “Por una Maternidad Segura”.

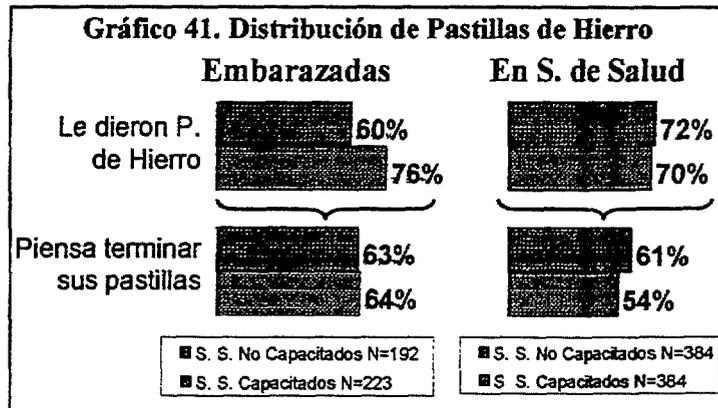


Nuevamente son las usuarias de los servicios de salud capacitados por MotherCare las que afirman en mayor proporción que estuvieron expuestas al rotafolio de anemia y al calendario para el control del consumo de las pastillas de hierro. Con todo, aún en los servicios capacitados por MotherCare el uso del rotafolio y del calendario no sobrepasa al 20% de la muestra.

Del 100% de las personas que recibieron el calendario de anemia, al 80% de las del grupo experimental les explicaron cómo usar este calendario; en cambio, este porcentaje baja al 48% en el grupo de control. Los materiales de apoyo a la explicación en los servicios del grupo experimental tienen un mayor uso en comparación con los servicios del grupo de control.

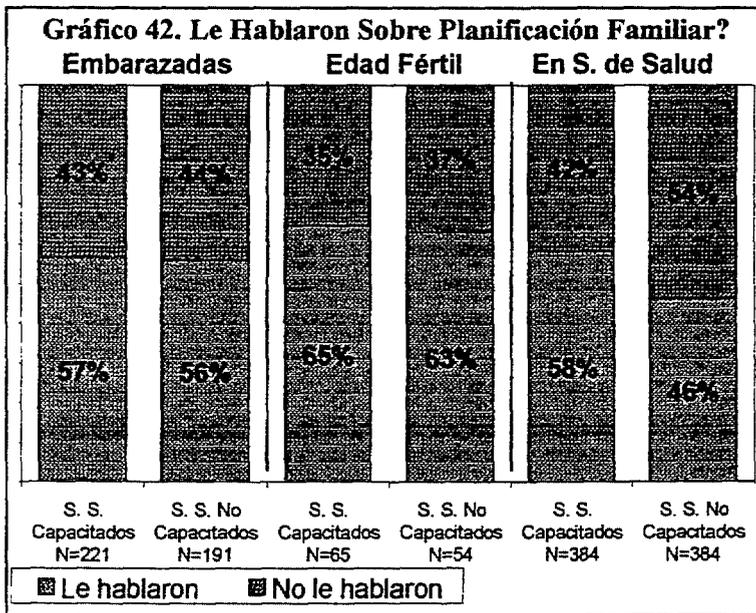
En 7 de cada 10 casos las usuarias de los servicios de salud reciben alguna dosis de pastillas de hierro (Gráfico 41).

Del 100% de las que reciben 6 de cada 10 piensan terminar todas sus pastillas de hierro: hay un 40% que desiste de terminar todas sus pastillas.



En este punto no se observan claras diferencias a favor del grupo experimental, salvo la distribución de pastillas a embarazadas de la comunidad. En cambio, entre las mujeres entrevistadas en los servicios de salud, las diferencias – aunque mínimas – favorecen más bien al grupo de control.

9.3. Información Sobre Planificación Familiar.



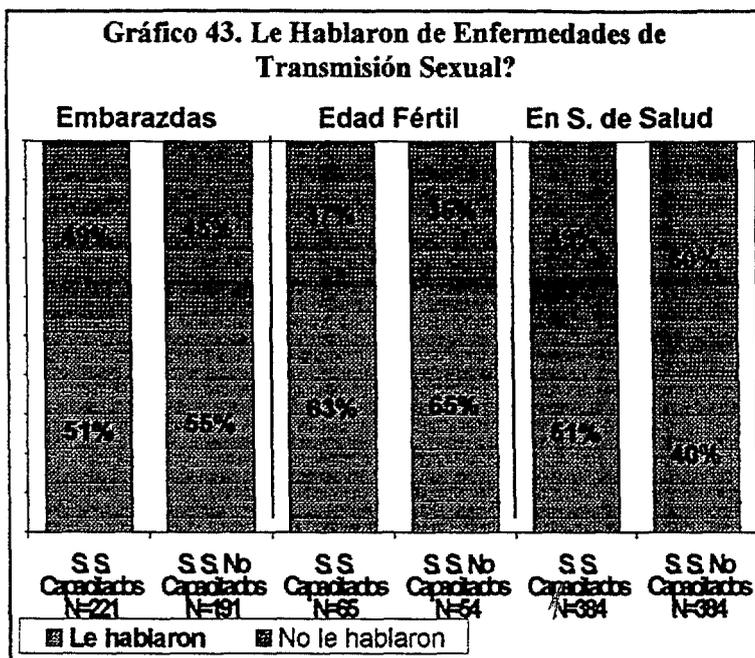
En el tema de la información sobre planificación familiar (Gráfico 42) se observa una clara diferencia a favor del grupo experimental en el segmento de embarazadas entrevistadas en los servicios de salud: 58% vs. 46%, 12% a favor de los servicios capacitados por MotherCare.

En los otros segmentos las diferencias son prácticamente inexistentes.

9.4. Información Sobre Enfermedades de Transmisión Sexual.

Como en el tema de la planificación familiar, en el de enfermedades de transmisión sexual son las mujeres entrevistadas en servicios de salud capacitados por MotherCare las que expresan más que las del grupo de control que recibieron información sobre ETS's. Hay 11% a favor del grupo experimental.

También como en el caso de planificación familiar, no se observan diferencias apreciables en los segmentos de la comunidad (embarazadas y edad fértil).



9.5. Conclusiones.

- En el tema de anemia, se observa que aunque la “cobertura de información” es más o menos la misma entre el grupo experimental y el de control, los servicios de salud capacitados por MotherCare demuestran ofrecer una mayor calidad de información por dos razones:
 - Primero, porque usan más los materiales elaborados por MotherCare para el tema de anemia: rotafolio y calendario.
 - Segundo, porque las usuarias de los servicios de salud capacitados por MotherCare saben más que las de los servicios de control cómo disminuir las molestias en el consumo de pastillas de hierro.
- El nivel de distribución y de consumo de pastillas de hierro es similar entre el grupo de control y el experimental.
- Contrariamente al patrón de respuestas observado en las anteriores variables (satisfacción genera y comunicación interpersonal y conseje-

ría), en la oferta de información sobre planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual, son las usuarias entrevistadas en los servicios de salud capacitados por MotherCare las que afirman más que recibieron este tipo de información.

Los otros segmentos considerados (embarazadas y edad fértil de la comunidad) no muestran diferencias significativas.

10

Análisis de Fuerza

10.1. Introducción.

Como se mencionó en el Capítulo 2 del presente informe (Metodología), en el análisis de la información se utilizaron además del análisis porcentual simple dos métodos estadísticos adicionales:

a) Análisis de Asociación de Fuerza (RR) con su respectivo Intervalo de Confianza al 95% (IC).

Donde RR mide la asociación de fuerza entre el grupo expuesto a la Estrategia IEC/C (experimental) y el no expuesto a la misma (de control), donde **RR=1.00** indica que no hay diferencia entre los porcentajes de ambos grupos estudiados. Cuando RR es mayor a 1.00 muestra una asociación de fuerza que favorece al grupo experimental. En el presente análisis se interpretaron los datos de acuerdo a lo siguiente:

- Cuando RR es mayor a 1.49, la tendencia al cambio es “fuerte”.
- Cuando RR está entre 1.10 a 1.48, la tendencia al cambio es “sugerida”.
- Cuando RR está entre 1.01 y 1.09, la tendencia al cambio es débil.

El intervalo de confianza es el rango de límites de RR. El intervalo de confianza utilizado en el análisis es de 95%. Si este rango incluye el número **1.00** indica que la diferencia entre los porcentajes de los grupos es-

tudiados no es estadísticamente significativa. Cuando un número esta señalado por un asterisco indica que 0.5 fue añadido para calcular RR puesto que una de las celdas de las tablas contenían cero entrevistados.

b) Análisis de Chi Cuadrado.

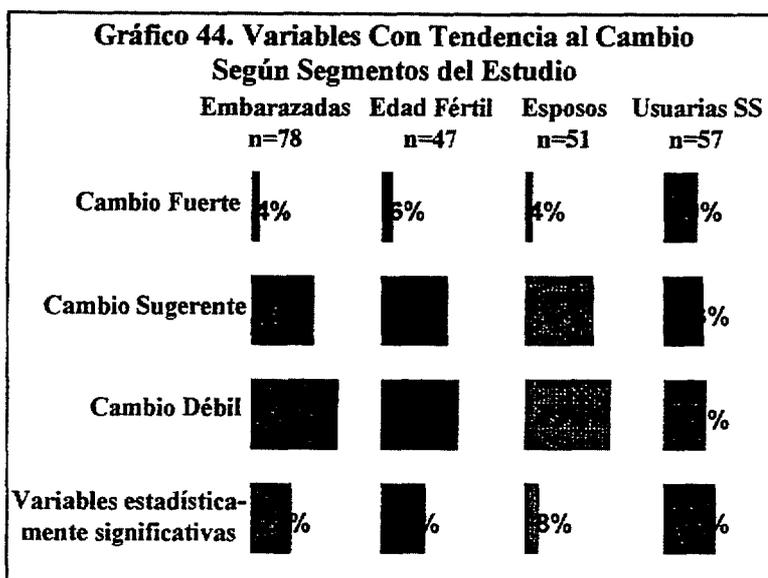
Se refiere al “valor de p” el cual muestra si existen diferencias entre los datos observados y los esperados. Se utilizó el nivel de confianza de 0.05. Si el valor de p es menor a 0.05 entonces la variable es estadísticamente significativa.

10.2. Variables con Tendencia al Cambio y Estadísticamente Significativas

Cuadro 6. Número de Variables Con Tendencia al Cambio y Estadísticamente Significativas, Según Segmentos del Estudio

GRUPO OBJETIVO	Número de Variables estudiadas	Número de variables que mostraron cambios a favor del grupo experimental	Número de Variables estadísticamente significativas
Mujeres Embarazadas	78	Fuerte 3 Sugerente 28 Débil 39	18
Mujeres en Edad fértil	47	Fuerte 3 Sugerente 18 Débil 21	12
Parejas/esposos	51	Fuerte 2 Sugerente 20 Débil 25	4
Usuarías de Servicios de Salud	57	Fuerte 11 Sugerente 13 Débil 14	17

El Cuadro 6 muestra el número de variables estudiados por grupo. Asimismo, muestra cuántos tuvieron una tenencia la cambio fuerte, sugerente y débil. Finalmente muestra cuantas de ellas son estadísticamente significativas.



La anterior información se traduce de manera porcentual en el Gráfico 44. En él, las tres primeras barras deben sumarse; la cuarta muestra el total de variables estadísticamente significativas.

Si se suman las tres primeras barras se observará que en los segmentos de la comunidad (embarazadas, edad fértil, esposos), 9 de cada 10 variables presentaron una tendencia al cambio a favor del grupo experimental. Es decir, después de dos años de aplicación de la Estrategia IEC/C de MotherCare se nota una importante tendencia al cambio en el grupo experimental; aunque el cambio sea predominantemente débil y/o sugerente.

Los tres segmentos de la comunidad muestran una tendencia similar: más o menos la mitad de las variables reflejan un cambio débil, un tercio un cambio sugerente y más o menos un 5% un cambio fuerte.

Cuando se habla de las variables que muestran un cambio estadísticamente significativo, se observa en los segmentos de la comunidad, que los que mayor impacto de la Estrategia IEC/C demuestran son las mujeres embarazadas y en edad fértil (1 de cada 4 variables presentan un cambio estadísticamente significativo). En cambio, el segmento de los esposos refleja un menor impacto (apenas el 8% muestra un cambio de este tipo).

Siguiendo siempre el Gráfico 44, se puede constatar que entre las usuarias de los servicios de salud, el impacto fue menos extendido: el 47% de las variables estudiadas muestran una tendencia al cambio (en contraste con el 90% de las variables en la comunidad). Sin embargo, la intensidad del impacto fue mayor que en la comunidad: el 19% del total de las variables mostró un cambio fuerte (frente al 5% en la comunidad), y el 30% de estas variables mostró un cambio estadísticamente significativo (frente al 25% en la comunidad).

Es decir, el impacto de la Estrategia IEC/C en los servicios de salud fue más selectivo, pero, al mismo tiempo, más profundo que en la comunidad.

10.3. Análisis Estadístico en los Segmentos de la Comunidad.

Cuadro 5. Valores de Riesgo Relativo y p Exacto en la Comunidad

Variables Dependientes Estadísticamente Significativas	Mujeres embarazadas (n=600)		Mujeres en edad fértil (n=600)		Parejas/Esposos (n=600)	
	RR (IC 95%)	p exacto (0.05)	RR (IC 95%)	p exacto (0.05)	RR (IC 95%)	p exacto (0.05)
A) ESTRATEGIA IEC/C						
Llenaron Plan de Acceso	1.49 (1.03, 2.14)	0.03	---	----	---	---
Escuchó mensajes radiales que hablan sobre los cuidados en E/P/PP/RN	1.47 (1.14, 1.90)	0.002	1.31 (1.07, 1.60)	0.006	1.19 (1.01, 1.41)	0.03
B) RECONOCIMIENTO CO/N						
- Hemorragia	1.81 (1.25, 2.61)	0.0012	1.39 (1.05, 1.85) embarazo	0.02	---	----
- Eclampsia	1.47 (0.81, 2.66)	----	---	---	1.85 (0.98, 3.48)	0.05
- Anemia de la madre	1.36 (1.06, 1.75)	0.012	----	---	---	----
- Sepsis Puerperal	1.20 (1.03, 1.39)	0.017	1.20 (1.04, 1.38)	0.01	----	----
- Bajo peso/Prematuro	1.42 (1.05, 1.91)	0.02	1.38 (1.05, 1.82)	0.02	----	----
C) VALORACIÓN CO/N "MUY" O "POCO/NADA" PELIGROSAS						
- Hemorragia	---	----	1.16 (1.01, 1.34)	0.03	----	----
- Pre-eclampsia	1.23 (1.03, 1.48)	0.02	----	----	----	----
- Eclampsia	----	----	----	----	1.15 (1.01, 1.30)	0.03
- Distocia	1.10 (1.00, 1.22)	0.04	----	----	----	----
- Anemia de la madre	----	----	----	----	1.22 (1.04, 1.43)	0.01
- Ictericia	1.16 (0.99, 1.36)	0.05	1.17 (1.00, 1.39)	0.05	----	----
D) INTENCIÓN DE USO DE SERVICIOS DE SALUD EN CASO DE CO/N						
- Eclampsia	1.07 (1.01, 1.03)	0.02	----	----	----	----
- Sépsis Puerperal	----	----	1.08 (1.01, 1.16)	0.02	----	----
- Anemia de la madre	----	----	1.07 (1.00, 1.15)	0.04	----	----
- Recién Nacido diarrea	1.10 (1.03, 1.17)	0.004	----	----	----	----
- Bajo peso /Prematuro	----	----	1.06 (1.00, 1.12)	0.03	----	----
E) PLAN DE ACCESO						
- Sabe a que Servicios de Salud irán en CO/N	1.11 (1.01, 1.22) → Embarazo	0.017	---	----	----	----
	1.14 (1.03, 1.26) → Parto	0.006	----	----	----	----
E) UTILIZACIÓN SERVICIOS DE SALUD EN CO/N						
- Fue al Servicio de Salud para consulta	1.09 (1.01, 1.18)	0.02	----	----	----	----
F) NORMAS SOCIALES APOYAN IR AL SERVICIO DE SALUD EN CO/N						
- Anemia	1.07 (1.01, 1.13)	0.012	----	----	----	----
- Diarrea recién nacido	1.08 (1.02, 1.14)	0.008	----	----	----	----
- Ictericia	1.07 (1.02, 1.12)	0.002	----	----	----	----

CO/N= Complicaciones Obstétricas y Neonatales

El Cuadro 5 muestra los valores de asociación de fuerza (RR) y del valor de p exacto para los tres segmentos estudiados en la comunidad (embarazadas, mujeres en edad fértil no embarazadas y esposos/parejas).

A continuación se analizan los resultados del Cuadro 5 segmento por segmento:

a) Mujeres Embarazadas.

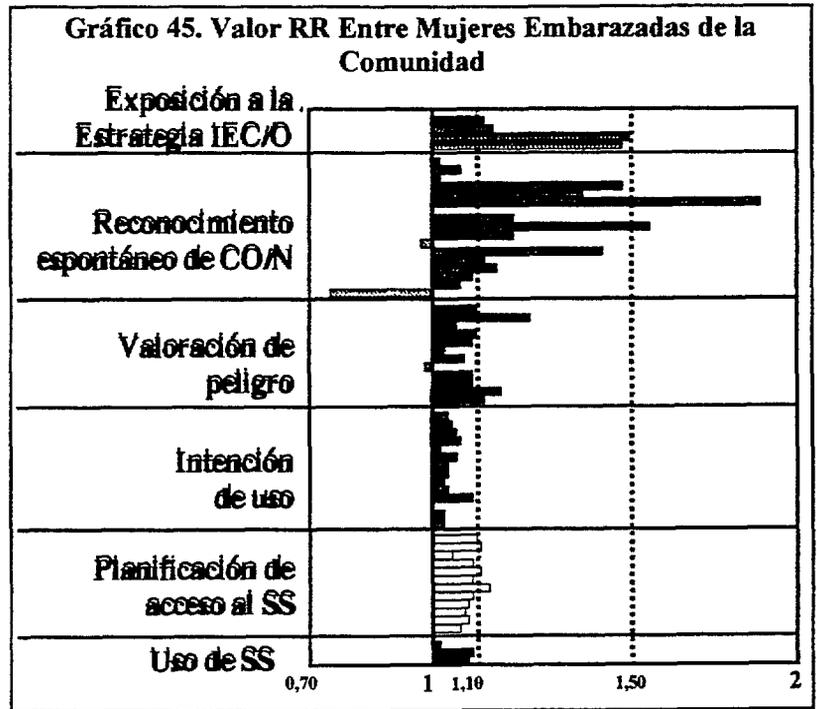
Las **mujeres embarazadas entrevistadas en la comunidad** que escucharon la radio novela “Diario de un Destino” incrementaron sus conocimientos, actitudes y prácticas en variables correspondientes a los 7 temas contemplados en este grupo. Asimismo, en este análisis se hace referencia a valores de RR, IC, y valores de “p” que muestren tendencia al cambio “fuerte” o son estadísticamente significativos.

Respecto al tema a) “**material educativo, campaña radial**”: las mujeres embarazadas llenaron el formulario “Plan de Acceso”; y escucharon mensajes radiales en que hablan sobre los cuidados del embarazo, parto, postparto y recién nacido. b) Respecto al tema “**reconocimiento de complicaciones obstétricas y neonatales**”, reconocieron con más frecuencia la eclampsia; anemia en el embarazo, hemorragia/sangrado en el part; sepsis puerperal; recién nacido prematuro/bajo peso. En el tema c) **valoración de complicaciones obstétricas y neonatales**, valoraron como “muy peligrosas” a: pre-eclampsia, distocia ictericia; d) En cuanto al tema “**intención de usar servicios de salud en caso de presentarse complicaciones**” se indico la **intención de usar el servicio en caso de** hemorragia durante el parto; eclampsia; Recién nacido con diarrea; d) Referente a **contar con un plan de acceso en caso de complicaciones** los resultados muestran que las mujeres embarazadas que escucharon la radio novela saben a que centro de salud u hospital acudir en caso de complicación durante el embarazo y el parto; e) Respecto a el tema **utilización de servicios de salud en general** el grupo estudiado indica que fue al servicio de salud para una consulta. Finalmente, respecto al tema f) si las **normas sociales de la comunidad apoyan a la mujer embarazada/pareja/familia a ir al servicio de salud** en caso de presentarse complicaciones, el mayor apoyo sucede con anemia de la madre, recién nacido con diarrea ; e ictericia .

En resumen, se puede observar que la Radio Novela “Diario de un Destino” muestran tener el mayor impacto en el incremento de reconocimiento

y valoración como “muy peligrosas” de los signos y señales de peligro en complicaciones obstétricas y en el que estas mujeres embarazadas que la oyeron tengan la “intención” de utilizar los servicios de salud y cuenten con un plan de acceso en caso de presentarse complicaciones en el embarazo y parto, sabiendo a que servicio de salud ir. Finalmente, se mostró que estas mujeres embarazadas expuestas a la radionovela habían acudido a una consulta en el servicio de salud, mostraron el uso real del mismo

En el Gráfico 45 se muestran los valores del análisis de fuerza entre mujeres embarazadas de la comunidad. Las barras hacia la derecha muestran un valor RR mayor a 1,00 lo que implica una tendencia al cambio favorable al grupo experimental (que escuchó la Radionovela); las barras hacia la izquierda muestran una relación favorable hacia el grupo de control (no escucharon la



Radionovela: el porcentaje es mayor en el grupo de control). Las líneas punteadas muestran la tendencia al cambio débil (1,01 a 1,09); la tendencia al cambio sugerente (1,10 a 1,48) y la tendencia al cambio fuerte (1,49 y más).

Se observa en el Gráfico 45 que excepto en dos variables, el resto muestra una tendencia al cambio a favor del grupo experimental. Donde el cambio es más fuerte es en la exposición a la Estrategia IEC/C y en el reconocimiento espontáneo de complicaciones. En el resto de las variables el cambio tiende a ser débil porque, excepto el reconocimiento espontáneo de complicaciones, las preguntas fueron inducidas; es decir, el entrevistador mencionaba las complicaciones y preguntaba la valoración de peligro, la intención de uso la planificación; así, los porcentajes de las respuestas del grupo de control fueron altos, de modo que era difícil lograr diferencias considerables entre el grupo experimental y el de control;

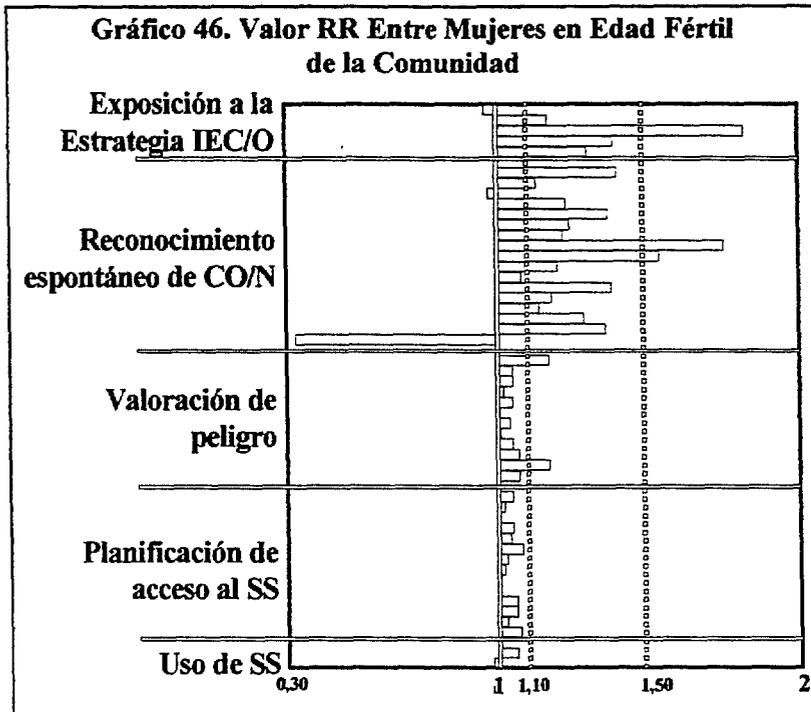
diferencias que puedan ser expresadas en el valor RR. Con todo, aún en estos casos existen diferencias favorables al grupo experimental.

El Gráfico 45 muestra la importante tendencia al cambio entre las mujeres que escucharon la Radionovela; tendencia que puede ser atribuida a la Estrategia IEC/C de MotherCare.

b) Mujeres en Edad Fértil.

Según el Cuadro 7, las **mujeres en edad fértil entrevistadas en la comunidad** que escucharon la radio novela “Diario de un Destino” incrementaron sus conocimientos, actitudes y prácticas en variables correspondientes a los 4 temas contemplados en este grupo. Asimismo, en este análisis se hace referencia a valores de RR, IC, y valores de “p” que muestren tendencia al cambio “fuerte” o son estadísticamente significativos.

Respecto al tema a) “**material educativo, campaña radial**”: las mujeres en edad fértil escucharon mensajes radiales en que hablan sobre los cuidados del embarazo, parto, post-parto y recién nacido; b) Respecto al tema “**reconocimiento de complicaciones obstétricas y neonatales**”, reconocieron con más frecuencia a la hemorragia/sangrado durante el embarazo; sepsis puerperal/sobrepeso; bajo peso/prematuro. En el tema c) **valoración de complicaciones obstétricas y neonatales**, valoraron como “muy peligrosas” a la hemorragia; d) En cuanto al tema “**intención de usar servicios de salud en caso de presentarse complicaciones**” se indicó la intención de usar el servicio en caso de sepsis puerperal; anemia de la madre; bajo peso/prematuro.



Estrategia IEC/C y en el reconocimiento espontáneo de complicaciones obstétricas y neonatales.

c) Esposos / Parejas.

Siguiendo siempre el Cuadro 7, se observa que **los esposos/parejas** de mujeres embarazadas y/o en edad fértil entrevistadas en la comunidad que escucharon la radio novela “Diario de un Destino” incrementaron sus conocimientos, actitudes y prácticas en variables correspondientes a los 3 de 5 temas contemplados en este grupo. Asimismo, en este análisis se hace referencia a valores de RR, IC, y valores de “p” que muestren tendencia al cambio “fuerte” o son estadísticamente significativos.

Respecto al tema a) “**material educativo, campaña radial**”: escucharon mensajes radiales en que hablan sobre los cuidados del embarazo, parto, post-parto y recién nacido; b) Respecto al tema “**reconocimiento de complicaciones obstétricas y neonatales**”, reconocieron con más frecuencia a la distocia, eclampsia. En el tema c) **valoración de complicaciones obstétricas y neonatales**, valoraron como “muy peligrosas” a la anemia de la madre.

El Gráfico 46 muestra un resultado similar al observado entre las mujeres embarazadas de la comunidad.

En la mayoría de las variables la tendencia es hacia el cambio favorable en el grupo experimental.

La tendencia de cambio fuerte se observa principalmente en el tema de la exposición a la

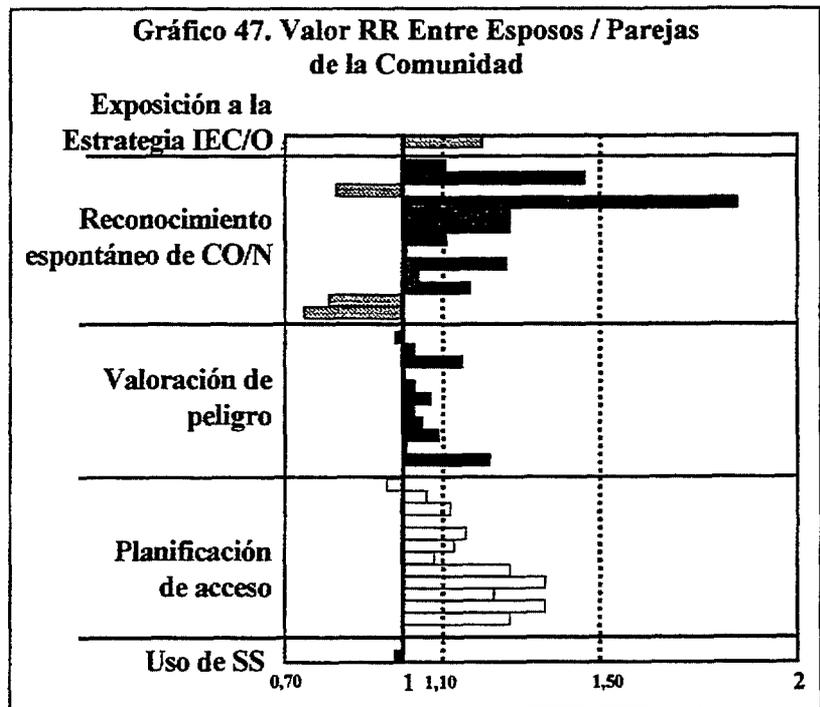
Aunque en el nivel del reconocimiento espontáneo y la valoración de peligro de las complicaciones obstétricas y neonatales no se observa un nítido impacto de la Radio Novela entre los esposos/parejas, en el caso de la toma de decisión de usar servicios de salud en caso de complicaciones, en la planificación de acceso a los servicios y en la percepción de las normas, este impacto se hace más constante y notorio

Por lo tanto, parece que dicha radio novela es un buen medio para informar a las mujeres embarazadas, en edad fértil y sus parejas/esposos acerca de acciones que se pueden tomar para salvar vidas durante la gestación. sin embargo, vale recalcar la necesidad de continuar con estas acciones de manera que tales lleguen a mayor número de personas de la comunidad. puesto que se vio que las mujeres embarazadas que expuestas a las intervenciones tenían conocimiento, valoraban a las complicaciones como muy peligrosas, contaban con un plan de acceso y utilizaron los servicios de salud mas que aquellas que no lo estuvieron.

Según el Gráfico 47, es notorio el impacto entre los esposos / parejas en el reconocimiento espontáneo de complicaciones y en la planificación de acceso al servicio de salud en caso de complicaciones.

Esto último no deja de ser muy importante, ya que en caso de complicaciones, la decisión de uso y el acceso está en manos del esposo; es decir,

los esposos que escucharon la Radionovela están mejor equipados que los del grupo de control para acceder al servicio de salud en caso de complicaciones.



10.4. Análisis Estadístico en los Servicios de Salud.

Cuadro 6. Valores de Riesgo Relativo y p Exacto en los Servicios de Salud

Variables Dependientes Estadísticamente Significativas	Usuaris entrevistadas en servicios de salud (n=784)	
	RR (IC 95%)	P exacto (0.05)
A) ESTRATEGIA IEC/C		
Llenaron Rotafolio de "Complicaciones obstétricas y neonatales"	4.77 (2.78,8.17)	0.00001
Le dieron folleto: "Derechos de la Mujer Embarazada"	6.46 (3.24, 12.85)	0.00001
Le dieron folleto "Plan de Acceso"	10.77(33.90,29.73)	0.00001
Vio carteles y afiches educativos de MotherCare en las paredes del servicio de salud	1.14 (1.07,1.21)	0.00001
B) RECONOCIMIENTO CO/N		
- Hemorragia (embarazo)	1.57 (1.15, 2.14)	0.004
- Distocia	1.59 (1.00, 2.52)	0.045
C) ADOPCION DE COSTUMBRES DE LA COMUNIDAD DURANTE EL PARTO		
Le dijeron que la mantendrían abrigada	1.28 (1.92,1.61)	0.03
Le dijeron que podía escoger la posición del parto	1.40 (1.01,1.95)	0.04
Le avisaron que le devolverían la placenta	1.81 (1.22,2.69)	0.002
No entraron otras personas mientras usted consultaba (privacidad)	1.35 (1.08,1.69)	0.006
D) ANEMIA Y SULFATO FERROSO		
Leyeron con usted material de anemia y pastillas de hierro	2.43 (1.32,4.46)	0.003
Sabe cómo disminuir las molestias que ocasionan las pastillas de hierro	1.81(1.25,2.60)	0.001
Le dieron el calendario recordatorio de toma de pastillas de hierro	2.76 (1.75,4.35)	0.00001
Le explicaron como usar este calendario	2.54 (1.42,4.56)	0.00001
E) PLANIFICACION FAMILIAR		
Le hablaron de la importancia de espaciar los nacimientos	1.28 (1.09,1.50)	0.002
F) ETS		
Le hablaron sobre las enfermedades que se contagian en las relaciones sexuales	1.26 (1.09,1.45)	0.0009

CO/N= Complicaciones Obstétricas y Neontales

En la Cuadro 8 se muestra que las **usuarias entrevistadas en Servicios de Salud capacitados por MotherCare** incrementaron sus conocimientos, actitudes y prácticas en variables correspondientes a 6 de 8 temas contemplados en este grupo en comparación con aquellas entrevistadas en servicios de salud donde MotherCare no tuvo incidencia.

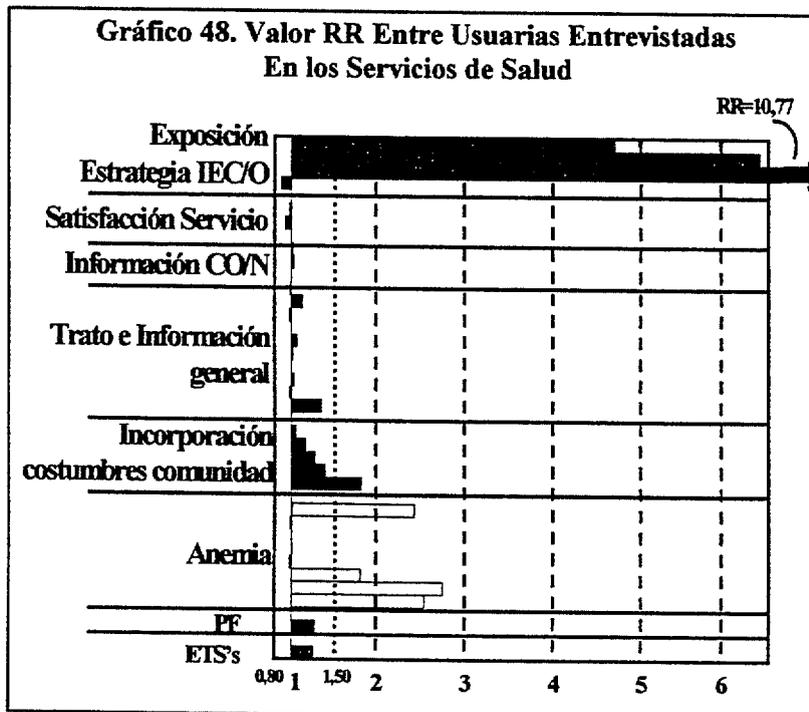
Por lo tanto se puede observar que los/as proveedores de salud que fueron capacitados por MotherCare aplicaron el conocimiento y las prácticas aprendidas. Mejorando la calidad y calidez de los servicios y de la interacción entre proveedores y usuarias.

Asimismo, en este análisis se hace referencia a valores de RR, IC, y valores de “p” que muestren tendencia al cambio “fuerte” o son estadísticamente significativos.

Respecto al tema a) **“material educativo, campaña radial”**: las usuarias de los servicios capacitados por MotherCare indican que se le leyó el Rotafolio de Complicaciones Obstétricas y Neonatales; le dieron el folleto “Derechos de la Mujer Embarazada”; le dieron folleto “Plan de Acceso”; vieron carteles y afiches educativos de MotherCare en las paredes del centro de salud; b) Respecto al tema **“reconocimiento de complicaciones obstétricas y neonatales”**, reconocieron con más frecuencia la hemorragia/sangrado en el embarazo; distocia; c) En el tema de **“incorporación en el servicio de salud de 5 costumbres tradicionales de la comunidad en el parto”** las usuarias de servicios de MotherCare indicaron que se incorporaron o se les dijo que se adoptaron 4 de 5 costumbres de la comunidad durante el parto: le dijeron que si se “enferma” (empieza su trabajo de parto) la mantendrían bien abrigada; le dijeron que podía escoger la posición del parto; le avisaron que si quería le podían devolver su placenta; no entraron otras personas mientras usted consultaba (privacidad); d) En el tema **Anemia y Sulfato Ferroso**: las usuarias de servicios de MotherCare indicaron que los proveedores leyeron con ellas el material de anemia y sulfato ferroso; saben cómo disminuir las molestias que ocasionan las pastillas de hierro; le dieron el calendario recordatorio de sulfato ferroso; le explicaron como usar ese calendario e) **Respecto al tema de Planificación Familiar** referente al espaciamiento intergenésico: las usuarias de servicios de MotherCare indicaron que los proveedores: le hablaron sobre este tema; f) En cuanto a **Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)**, las usuarias de servicios de MotherCare indicaron que: les hablaron sobre enfermedades que se contagian en las relaciones sexuales .

Por lo tanto, se puede ver que las usuarias de los servicios de salud capacitados por MotherCare muestran tener el mayor impacto en el conocimiento de los materiales educativos interactivos de MotherCare, incremento de reconocimiento de los signos y señales de peligro de dos complicaciones durante el embarazo, en el haber percibido que los servicios de salud capacitados por MotherCare han incorporado 4 de 5 costumbres tradicionales de la comunidad durante el parto planteadas. En el de haber sido informadas sobre la importancia del espaciamiento intergenésico, y las enfermedades de transmisión sexual y anemia/sulfato ferroso.

Los resultados en los servicios de salud son menos contundentes que los resultados a nivel de la comunidad, aunque sí se observan importantes diferencias a favor del grupo experimental. La razón radica en la alta movilidad de los proveedores de salud en estos servicios. En el área rural un médico se queda en el servicio sólo un año; de modo que en el momento del estudio, la mayoría de los proveedores de salud capacitados por MotherCare ya no estaban en los servicios de salud identificados como “servicios experimentales”.



En el Gráfico 48 se observan los valores RR que son favorables al grupo experimental (usuarías entrevistadas en los servicios de salud capacitadas por MotherCare).

El mayor impacto se da en la Estrategia IEC/C (los proveedores de salud capacitados por MotherCare están utilizando en la consulta prenatal los materia-

les educativos de la Estrategia IEC/C). En la incorporación de costumbres de la comunidad en la atención del parto, y en la oferta de información sobre Anemia.

10.5. Análisis Estratificado.

En el análisis de fuerza, se buscó además identificar cuál sería el impacto combinado de dos mecanismos de intervención (la Radionovela “Diario de un Destino” por un lado, y el asistir a servicios de salud capacitados por MotherCare por otro). Para ello se realizó un análisis estratificado.

En primer lugar, se estudió la relación de fuerza de las mujeres de la comunidad que escucharon la Radionovela “Diario de un Destino”. En este segmento, se analizó a aquellas que fueron a un servicio de salud capaci-

tado por MotherCare y las que fueron a un servicio no capacitado por esta institución. Las mujeres que escucharon la Radionovela y que al mismo tiempo fueron a un servicio capacitado por MotherCare muestran los siguientes resultados a favor de este grupo:

- 7 de 36 variables muestran una tendencia al cambio
- 1 variable muestra una tendencia “fuerte” al cambio (leyeron material de anemia)
- 6 variables muestran una tendencia “sugerente al cambio” (pasos de la consulta, le leyeron rotafolio de complicaciones obstétricas y neonatales, le dieron el folleto de los derechos de la mujer, le dieron el plan de acceso, le dieron el calendario de anemia y le explicaron para qué son las pastillas de hierro).

En segundo lugar se estudió la relación de fuerza entre las mujeres que fueron a servicios de salud capacitados por MotherCare. En este grupo se analizó a las que escucharon la Radionovela y a las que no escucharon la Radionovela “Diario de un Destino”. Las mujeres que fueron a un servicio capacitado por MotherCare y que al mismo tiempo escucharon la Radionovela “Diario de un Destino” muestran los siguientes resultados a favor de este grupo:

- 7 de 36 variables muestran una tendencia al cambio
- 5 muestran una tendencia “fuerte” (les dan folletos educativos, saben cómo disminuir las molestias colaterales al tomar pastillas de hierro, les dijeron que les devolverían la placenta después del parto)
- 2 variables muestran una tendencia “sugerente” al cambio (le leyeron el rotafolio de complicaciones obstétricas y neonatales y le dijeron que le mantendrían abrigada durante el parto).

Por estos datos se puede constatar que la intervención combinada (Radionovela más servicios capacitados por MotherCare) revela un impacto mayor, en comparación con el impacto de ambas intervenciones por separado.

11

Conclusiones

1. El Estudio Final de Impacto ha demostrado que en la mayoría de las variables analizadas, los segmentos expuestos a la Estrategia IEC/C de MotherCare demuestran una diferencia favorable en comparación con los no expuestos a esta estrategia.

Es decir, las personas que escucharon la Radionovela en comparación con las que no escucharon la Radionovela demuestran en general un mayor reconocimiento de complicaciones obstétricas y neonatales, mayor valoración de la gravedad de las mismas, mayor decisión de uso de los servicios de salud en caso de complicaciones y una mayor inclinación a planificar su acceso a servicios de salud en caso de complicaciones.

Por otro lado, las personas que usaron los servicios materno-infantiles de los servicios de salud capacitados por MotherCare afirman en mayor proporción que las que fueron a servicios de salud no capacitados por MotherCare que los proveedores de salud utilizan material educativo e interactivo de la Estrategia, que tienden a incorporar más las costumbres de la comunidad en la atención, que usan más el Calendario para el consumo de Pastillas de Hierro, que informan más sobre planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual.

Es necesario destacar que, en comparación con los resultados del Estudio de Medio Término¹, los arrojados por el Estudio Final de Impacto son más contundentes y claros en dos sentidos:

¹ Realizado a la mitad de la implementación de la Estrategia “Por Una Maternidad Segura”

- En primer lugar se observan diferencias a favor del grupo experimental (expuestos a la Estrategia) en más variables que en el Estudio de Medio Término.
- En segundo lugar, las diferencias en el Estudio Final son más amplias que en el Estudio de Medio Término. En efecto, en el estudio de Medio Término las diferencias a favor del grupo experimental (allí donde se presentaban) en promedio no sobrepasaban los cinco puntos porcentuales. En cambio, en este Estudio Final, en promedio, las diferencias se acercan y a veces pasan los cinco puntos porcentuales.

Todo lo anterior apunta a que, a mayor tiempo de aplicación de la Estrategia “Por una Maternidad Segura”, mayores son los efectos sobre la población y los servicios de salud expuestos a ella.

2. Sin embargo, como en el estudio de Medio Término, el impacto final de la Estrategia “Por una Maternidad Segura” no es uniforme ni en todos los segmentos ni en todas las variables estudiadas.

A lo largo de este estudio se pudo constatar que la Estrategia dirigida a la comunidad (Radionovela) tuvo un mayor impacto que la estrategia dirigida a los Servicios de Salud (Capacitación de proveedores de salud). Esto se deduce porque las variables estudiadas tuvieron una mayor diferencia a favor del grupo experimental en la comunidad que del grupo experimental en los servicios de salud.

Esta diferencia se debe, entre otros factores, a una alta rotación de proveedores de salud, especialmente en servicios de salud del área provincial y rural. Es decir que varios proveedores capacitados por MotherCare ya no estaban en los servicios de salud del grupo experimental en el momento de realizar la encuesta. Es posible suponer también que varios de ellos estaban en los servicios de salud del grupo de control.

Por otro lado, en la comunidad el segmento que demuestra un mayor impacto de la Radionovela en sus actitudes y percepciones es el de las mujeres embarazadas / púerperas. Esto se explica porque estas mujeres están más involucradas con la problemática de complicaciones obstétricas y neonatales.

En cambio, las mujeres en edad fértil no embarazadas / puérperas y los esposos / parejas de mujeres en edad fértil no demuestran un impacto importante porque el tema de las complicaciones obstétricas y neonatales no es parte de sus vivencias cotidianas.

3. El impacto de la Estrategia fue distinto en las variables e indicadores del estudio.

En la comunidad:

- Se observó mayor impacto en el reconocimiento, valoración, decisión de uso y planificación de acceso a servicios de salud.
- En cambio el impacto fue menor en las expectativas sobre los servicios de salud y la actitud frente a las normas.

Esto se debe en lo fundamental a que las opiniones personales tienen una mayor tendencia al cambio, en comparación con las actitudes hacia las normas de la comunidad, que son más fuertes y constantes en el tiempo.

En los servicios de salud:

- Se observó un mayor impacto de la Estrategia en el uso de material educativo / interactivo, en la asimilación de costumbres de la comunidad en los servicios materno-neonatales y en la oferta de información sobre anemia, planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual.
- En cambio, el impacto fue menor en el trato interpersonal y consejería.

Es decir, los servicios de salud han demostrado una mayor apertura a adoptar nuevas prácticas, pero las actitudes y los valores son menos permeables a la Estrategia de MotherCare. Este cuadro presenta un panorama muy normal en el proceso de cambio de conducta: es más viable que cambien las prácticas antes que los valores y actitudes. Pero, si los valores y actitudes no acompañan el proceso, el cambio de prácticas no es sostenible en el tiempo.

4. Respecto de la combinación de dos mecanismos de intervención (la Radionovela y la capacitación a proveedores de salud), se observa que aquellas mujeres que estuvieron expuestas de manera simultánea a ambos procesos reportaron satisfacción y tuvieron buena opinión sobre los centros en comparación con las mujeres en los centros que no recibieron capacitación.

La tendencia más importante es que más de las mujeres recomendarían un centro que recibió capacitación a otra persona, sin tomar en cuenta si escucharon o no la radionovela.

Calidad de Atención. Haber escuchado la radionovela o no, no representó mucha diferencia al reportar prácticas positivas en los centros que visitaron. Sin embargo, estar en un centro que había recibido capacitación fue más importante que en el número de prácticas positivas experimentadas por mujeres en ambos grupos, las que escucharon y las que no escucharon la radionovela. De las variables estudiadas en 5 de ellas más mujeres reportaron prácticas en un centro capacitado, ya sea que hayan escuchado la radionovela o no.

Más mujeres que escucharon la radionovela reportaron haber sido informadas sobre complicaciones obstétricas y neonatales tanto en centros capacitados como en centros no capacitados (quizás están sensibilizadas y recuerdan mejor el evento??) Ya sea que hayan escuchado o no la radionovela, más mujeres reportaron haber sido informadas sobre complicaciones cuando estuvieron en un centro que recibió capacitación.

Material sobre complicaciones. Más mujeres que habían escuchado la radionovela y que estuvieron en un centro capacitado reportaron haber estado expuestas al material preparado por MC. Más importante es la mezcla de intervenciones es haber estado en un centro capacitado para aquellas que no escucharon la radionovela, pero es claro que más mujeres estuvieron expuestas al material sobre complicaciones si estuvieron en un centro capacitado.

Respecto a informar a las mujeres sobre planificación familiar y ETS los centros capacitados no parecen haberse desempeñado mejor que los centros no capacitados.

Anemia. Mas mujeres que escucharon la radionovela reportaron haber recibido información sobre tabletas de sulfato ferroso, sin importar en que tipo de centro se encontraban. La combinación de haber escuchado la radionovela y encontrarse en un centro capacitado incrementó el porcentaje de mujeres que reportaron recibir información sobre tabletas de sulfato ferroso y prevención de anemia. De las 7 variables con datos suficientes para evaluar respuestas en esta sección, 6 de ellas mostraron a los centros capacitados desempeñando esta actividad educativa para mujeres en comparación con los centros no capacitados. El encontrarse en un centro capacitado aumentó las probabilidades de las mujeres de ser educadas sobre anemia en el embarazo y sobre tomar tabletas de sulfato ferroso.

Costumbres. para mujeres en centros no capacitados, más de ellas reportaron haber recibido información respecto a sus costumbres si habían escuchado la radionovela en comparación a las que no había escuchado. La combinación de haber escuchado la radionovela y estar en un centro capacitado produjo los más altos porcentajes de mujeres que reportaron haber recibido información respecto a practicar sus costumbres durante el parto. Más importante entre estas variables es estar en un centro capacitado, para ambos grupos aquellos que escucharon la radionovela y los que no escucharon. Estar en un centro capacitado aumentó sus probabilidades de que sus costumbres sean respetadas.

5. Como corolario de este conjunto de conclusiones se puede afirmar que el uso de los medios masivos de comunicación para promover el cambio de conducta, en este caso para promover una conducta adecuada respecto de las complicaciones obstétricas y neonatales, ha demostrado tener un impacto positivo, si y solo si se está en el marco de una estrategia de mediano y largo plazos.

De igual manera, se ha observado que la capacitación de los proveedores de salud tiene un impacto positivo si los mismos tienen una permanencia estable en los servicios de salud.

12

Recomendaciones

1. Es necesario considerar la posibilidad de prolongar y ampliar la cobertura de aplicación de la Estrategia "Por una Maternidad Segura" debido a los resultados mayormente positivos observados en el estudio.

Al mismo tiempo, se debe tomar en cuenta que el cambio en prácticas, actitudes y conocimientos requiere de un tiempo estable de aplicación intensiva de la Estrategia y que, dos años, apenas son el inicio de un auténtico proceso comunicacional orientado al cambio de valores.

2. Al diseñar cualquier estrategia de capacitación de proveedores de salud, especialmente en el área rural, es necesario tomar muy en cuenta la alta rotación y movilidad de los mismos.

Como se sabe, por disposiciones institucionales, los médicos "hacen su año de provincia" en el área rural para luego integrarse a los servicios de salud urbanos. Por ello, una estrategia que sólo se concentre en capacitar a los proveedores de salud no será sostenible a largo plazo.

En este contexto se requiere una política de capacitación en las Universidades y en las escuelas de enfermería, de modo que los recién egresados que "hacen su año de provincia", puedan influir positivamente en la calidad de los servicios de materno-infantiles en el área rural.

3. Es necesario diseñar una estrategia global que comprenda varios canales informativos y motivacionales que lleguen a una misma población objetivo. Así, aunque la difusión de la Radionovela Diario de un Destino tuvo un impacto importante, es previsible que el mismo

fuese mayor si además de la radio, el mensaje llegaba a las personas a través de medios escritos e interpersonales.

La experiencia en el programa de “movilización comunitaria” en el que se llevaron a cabo actividades de capacitación grupal de mujeres en edad fértil utilizando la radionovela y otros insumos, muestra que el impacto es mayor, cuando la comunicación masiva está complementada por la comunicación interpersonal.

Se hace necesario considerar un programa que amplíe la intervención a través de dinámicas interpersonales a un mayor número de comunidades rurales y barrios periurbanos.

4. La experiencia de la Estrategia por una “Maternidad Segura” muestra la potencialidad sinérgica cuando un programa de intervención comunicacional está acompañado en todas sus etapas por un proceso sistemático de investigación cuantitativa y cualitativa.

Entre otros factores, esta Estrategia ha alcanzado resultados positivos en sólo dos años de aplicación, porque en su diseño y aplicación se ha partido del nivel de conocimientos, actitudes y prácticas, del entorno socio-cultural del público objetivo y de sus necesidades de información / formación.

Esto ha sido posible gracias al empleo de la investigación en los procesos de diagnóstico, monitoreo y evaluación de la Estrategia.

Se recomienda por tanto, el uso de la investigación sistemática en futuros programas educativos, informativos y motivacionales orientados al desarrollo humano en el ámbito de la salud.

Anexo

Cuestionarios

Cuando (Leer preguntas) usted diría que esto es (Leer opciones)	Normal	Poco peligroso	Muy peligroso	NS/NR
6. Una mujer que está esperando familia sangra un poco de sus partes	1	2	3	9
7. Una mujer que está esperando familia tiene su cara y sus manos hinchadas, su vista es borrosa, le suenan los oídos y le duele la cabeza	1	2	3	9
8. Una mujer que está esperando familia sufre ataques y desmayos	1	2	3	9
9. Una mujer que está esperando familia tiene a su wawa cruzada, de pies o de potito en su barriga	1	2	3	9
10. Una mujer que recién se ha enfermado (ha tenido su wawita) tiene calentura o fiebre, escalofríos y mal olor en sus partes	1	2	3	9
11. Una wawita está trancada y no puede nacer en el parto	1	2	3	9
12. Una wawita nació antes de tiempo, es pequeña y flaquita	1	2	3	9
13. Una wawita recién nacida se ve morada y tiene problemas para respirar	1	2	3	9
14. Una wawita recién nacida tiene su ombligo enrojecido y sus ojos rojos	1	2	3	9
15. Una wawita recién nacida tiene diarrea	1	2	3	9
16. Una wawita recién nacida tiene la piel de color amarillo	1	2	3	9
17. Una mujer embarazada o que recién ha tenido a su wawita está débil, con sueño y no quiere comer	1	2	3	9

Si usted y su esposo (Leer pregunta) que harían usted y su esposo (Leer opciones)	Tratarían de resolver el problema entre los dos	Consultarían con una persona mayor	Irían a un Centro de Salud u Hospital, sin consultar con nadie	No harían nada, es normal (VOL)	NS/NR
18. Una hemorragia durante el embarazo	1	2	3	4	9
19. Una hemorragia durante el parto	1	2	3	4	9
20. Hinchazón de cara y manos durante el embarazo	1	2	3	4	9
21. Ataques y desmayos en el embarazo	1	2	3	4	9
22. A su wawita cruzada, de pies o de potito en su barriga, durante su embarazo	1	2	3	4	9
23. Sobreparto (fiebre y escalofríos después del parto)	1	2	3	4	9
24. Una hemorragia después del parto	1	2	3	4	9
25. A su wawita trancada y que no puede nacer durante el parto	1	2	3	4	9
26. Una wawa recién nacida y morada que no puede respirar bien	1	2	3	4	9
27. Una wawa recién nacida con infección en el ombligo y los ojos	1	2	3	4	9
28. Una wawa recién nacida con diarrea	1	2	3	4	9
29. Una wawa que nació antes de tiempo, flaquita y con bajo peso	1	2	3	4	9
30. Una wawa recién nacida amarilla	1	2	3	4	9
31. Debilidad, sueño, sin ganas de comer	1	2	3	4	9

32. Si se presenta algún problema durante el embarazo, durante el parto o después del parto, se debe o no se debe consultar con otras personas mayores, antes de ir a un Centro de Salud?

- 1) Se debe consultar 2) No se debe consultar 3) Otro _____ 9) NS/NR

33. Si en su comunidad, una mujer va con su esposo al Centro de Salud cuando hay problemas, sin consultar con una persona mayor usted diría que (Leer opciones)

- 1) Las demás personas de su familia y del lugar le criticarían por no haber consultado antes, o
2) Dirían que está bien lo que hizo 9) NS/NR

Según usted, dónde se debe atender (leer una por una las preguntas)en el Centro de Salud o en la casa con los familiares y la partera.	en el Centro de Salud	en la Casa	Ambos (Vol)	NS/NR
34. Una hemorragia durante el embarazo o durante el parto	1	2	3	9
35. La hinchazón de cara y manos durante el embarazo	1	2	3	9
36. Los ataques y desmayos durante el embarazo	1	2	3	9

Según usted, dónde se debe atender (leer una por una las preguntas) ... en el Centro de Salud o en la casa con los familiares y la partera.	en el Centro de Salud	en la Casa	Ambos (Vol)	NS/NR
37. Una wawa cruzada, de pies o potito durante el embarazo	1	2	3	9
38. El sobreparto (fiebre, escalofríos después del parto)	1	2	3	9
39. Una wawa trancada que no puede nacer durante el parto	1	2	3	9
40. A una wawita recién nacida y morada que no puede respirar bien	1	2	3	9
41. A una wawa recién nacida con infección en los ojos y el ombligo	1	2	3	9
42. A una wawa recién nacida con diarrea	1	2	3	9
43. A una wawa que nació antes de tiempo, flaquita y con bajo peso	1	2	3	9
44. A una wawa recién nacida amarilla	1	2	3	9
45. A una mujer embarazada o que recién ha tenido su wawita, está débil, que tiene mucho sueño y que no quiere comer	1	2	3	9

46. Si usted tuviera alguno de estos problemas, que le he dicho, sería "muy bien", "bien", "mal" o "muy mal" ir inmediatamente al Centro de Salud sin consultar con alguna persona mayor de su familia o del lugar?
 1) Muy bien 2) Bien 3) Mal 4) Muy mal 5) No sabe 6) No responde

47. **Cuántos** de sus familiares quisieran que usted vaya al Centro de Salud si se presenta algún problema durante el embarazo, durante el parto, después del parto o con la wawa recién nacida: **muchos o pocos**?
 1) Muchos 2) Pocos 3) La mitad (Vol) 4) Todos (Vol) 5) Ninguno (Vol) 9) NS/NR

Si usted fuera a un Centro de Salud u Hospital con algún problema durante el embarazo, durante el parto, después del parto o con la wawita recién nacida:

48. Cree que las enfermeras y doctores se portarán "muy bien", "bien", "mal" o "muy mal" con usted?
 1) Muy bien 2) Bien 3) Mal 4) Muy mal 5) Regular (Vol) 9) NS/NR

49. Cree que las enfermeras y doctores respetarán o no respetarán las costumbres de su familia y de su comunidad?
 1) Respetarán 2) No respetarán 3) Otro _____ 9) NS/NR

50. Usted cree que las enfermeras y doctores curarán o no curarán su problema?
 1) Curarán 2) No curarán 3) Otro _____ 9) NS/NR

51. Si usted tuviera algún problema durante el embarazo, durante el parto, después del parto o con su wawita recién nacida, iría al Centro de Salud o al Hospital, o no iría al Centro de Salud o al Hospital?
 1) Iría al Centro de Salud 2) No iría al Centro de Salud 3) Otro _____ 9) NS/NR

52. Pasando a otro tema, usted tuvo alguna vez un problema durante el embarazo, durante el parto, después del parto o con su wawita recién nacida?
 1) Si ----- > (Seguir con la P. 53)

 2) No tuvo problemas 3) No se embarazó nunca 4) No sabe 5) No responde ---- > (Saltar a la P. 55)

53. Qué problema tuvo? _____ Y este problema fue durante el embarazo, durante el parto, después del parto o con su wawita recién nacida?
 (Varias Opciones)
 1) Embarazo 2) Parto 3) Después del parto 4) Wawita recién nacida 9) NS/NR

54. **La última vez** que tuvo un problema, usted fue a un Centro de Salud/Hospital o lo resolvieron en su casa?
 1) Centro de Salud/Hospital 2) Casa 3) Otro _____ 4) No sabe 5) No responde

• Si en la P. 2 respondió 1) EMBARAZADA, SEGUIR con P. 55 • Si en la P. 2 respondió 2) NO EMBARAZADA, SALTAR a la P. 57
--

55. Si se presenta algún problema durante su embarazo usted y su esposo han pensado o no han pensado ... (Leer opciones).	EMBARAZ		PARTO	
	O		Si	No
56. Si se presenta algún problema durante el parto usted y su esposo han pensado o no han pensado ... (Leer opciones)	Si	No	Si	No
1) A qué Centro de Salud u Hospital irán (Si "si", preguntar A cuál. Sólo si saben dónde ir, colocar código 1)	1	2	1	2
2) De dónde conseguirán movilidad para ir al Centro de Salud/Hospital	1	2	1	2
3) Con qué dinero pagarán la movilidad	1	2	1	2
4) Con qué dinero pagarán la consulta en el Centro de Salud/Hospital	1	2	1	2
5) Con qué dinero pagarán los medicamentos	1	2	1	2
6) Quién se quedará a cuidar la casa y a los demás hijos	1	2	1	2

(No olvidar la pregunta 56)

• Si en P. 2 --> 1) o en P. 2b --> 1) 2) ó 4) **EMBARAZADA, PARTO HACE MENOS DE 2 AÑOS, SEGUIR**
 • Si en P. 2b --> 3) --> **ULTIMO PARTO MÁS DE 2 AÑOS SALTAR a la P. 97**

57. Usted fue a un Hospital o Centro de Salud para hacer alguna consulta sobre el embarazo, sobre el parto, después del parto o sobre su wawita recién nacida durante su último embarazo o parto?

1) Si ----> 57 b. A qué Centro de Salud u Hospital fue? _____
 _____ (Anotar detalladamente. Seguir con la P. 58)

2) No ---> 57 c. Por qué no fue al Centro de Salud? _____
 _____ (Saltar a la P. 97)

58. (En la comunidad) La última vez que fue a ese Centro de Salud/Hospital fue para una "consulta prenatal", para "tener su wawita", "para hacer ver a su wawita recién nacida" o por "complicaciones"? (Una opción)

(En el Centro de Salud) Por qué vino a este Centro de Salud? para una "consulta prenatal", para "tener su wawita", "para hacer ver a su wawita recién nacida" o por "complicaciones"? (Una sola opción)

- 1) Consulta prenatal 3) Hacer ver wawita 5) Complicaciones en el parto
 2) Dar a luz 4) Complicaciones en el embarazo 6) Otro _____ 9) NS/NR

59. Usted diría que está "muy conforme" o "no está nada conforme" con la atención que recibió en el Centro de Salud/Hospital?

- 1) Muy conforme 2) Nada conforme 3) Más o menos conforme (Vol) 9) NS/NR

60. Usted ... (Leer opciones)

- 1) Volvería a ese mismo Centro de Salud/Hospital 3) No iría a ningún Centro De Salud/Hospital
 2) Iría a otro Centro de Salud/Hospital 9) NS/NR

61. Usted ... (Leer opciones)

- 1) Recomendaría a ese Centro de Salud/Hospital 3) Recomendaría no ir a ningún Centro/Hosp.
 2) Recomendaría otro Centro de Salud/Hospital 4) No recomendaría nada 9) NS/NR

(En la Comunidad) La última vez que fue a ese Centro de Salud/Hospital	SI	NO	+/-	NS/NR
(En el Centro de Salud) En este Centro de Salud				
62. Le avisaron claramente sobre los pasos que tenía que seguir para ser atendida, o no le avisaron.	1	2	3	9
63. Le atendieron rápido o no le atendieron rápido	1	2	3	9
64. Vio o no vio carteles y afiches educativos pegados en la pared del Centro de Salud/Hospital	1	2	3	9
65. Las enfermeras le trataron o no le trataron amablemente	1	2	3	9
66. El médico que le atendió fue amable o no fue amable con usted	1	2	3	9
67. Le avisaron claramente o no le avisaron claramente sobre lo que el médico le haría en la consulta	1	2	3	9

(En la Comunidad) La última vez que fue a ese Centro de Salud/Hospital	SI	NO	+/	NS/NR
(En el Centro de Salud) En este Centro de Salud				
68. Le avisaron claramente o no le avisaron claramente sobre los pasos que tenía que seguir o los medicamentos que debía tomar después de la consulta	1	2	3	9
69. Entendió o no entendió lo que le dijeron	1	2	3	9
70. Cuando quería saber algo, usted preguntaba? (Si "no", saltar a la P. 72)	1	2	3	9
71. Respondieron o no respondieron a sus preguntas	1	2	3	9
72. Entraron o no entraron otras personas donde usted estaba mientras duraba su consulta?	1	2	3	9
Si, en la P. 58 respondió 3) HACER VER A SU WAWITA, saltar a la P. 97, si respondió 1), 2), 4) o 5) PRENATAL O PARTO, seguir con la P. 73				
73. Le hablaron o no le hablaron sobre los problemas que se pueden presentar en el embarazo, el parto o después del parto? (Si "no", saltar a la P. 75)	1	2	3	9
74. Le hablaron o no le hablaron sobre lo que se debe hacer cuando se presentan estos problemas?	1	2	3	9
75. Le hablaron o no le hablaron sobre planificación familiar	1	2	3	9
76. Le hablaron o no le hablaron sobre enfermedades que se contagian en las relaciones sexuales	1	2	3	9
77. (Mostrar rotafolio de complicaciones) Leyeron o no leyeron con usted este material?	1	2	3	9
78. (Mostrar folleto "Derechos de la Mujer Embarazada) Le dieron o no le dieron este folleto?	1	2	3	9
79. (Mostrar folleto del plan de acceso) Le dieron o no le dieron este folleto (Si "si", seguir; si "no", saltar a la P. 81)	1	2	3	9
80. Llenaron o no llenaron con usted este formulario	1	2	3	9
81. (Mostrar rotafolio de anemia) Leyeron o no leyeron con usted este material?	1	2	3	9
82. Le dijeron o no le dijeron que debería tomar pastillas de hierro	1	2	3	9
83. Le explicaron o no le explicaron para qué son las pastillas de hierro	1	2	3	9
84. Le explicaron o no le explicaron cómo debería tomar las pastillas de hierro	1	2	3	9
85. Le dieron o no le dieron pastillas de hierro (Si "si" continuar, si "no", saltar a la P. 89)	1	2	3	9
86. Más o menos cuántas pastillas de hierro le dieron?				
87. Y de estas pastillas de hierro más o menos cuántas ha tomado usted?	98) Todo (P. 89)			
88. (Si no ha tomado todas las pastillas que le dieron) Usted piensa tomar todas las pastillas de hierro o sólo piensa tomar unas cuantas sin terminar todo? 1) Terminar 2) Unas cuantas sin terminar 9) NS/NR				
89. Sabe cómo disminuir las molestias que vienen después de tomar tabletas de hierro? (Si dice "si" preguntar "Cómo se disminuyen estas molestias"? si la respuesta es correcta colocar "si", si no es correcta colocar "no")	1	2	3	9
90. (Mostrar calendario de anemia) Le dieron o no le dieron este material? (Si "si" continuar, si "no" saltar a la P. 92)	1	2	3	9
91. Le explicaron o no le explicaron cómo usar este material?	1	2	3	9
92. Pasando a otro tema, usted diría que en ese Centro de Salud/Hospital respetan o no respetan sus costumbres tradicionales	1	2	3	9
93. Le dijeron o no le dijeron que si usted quiere, podía estar un familiar o su partera en la sala de partos	1	2	3	9

(En la Comunidad) La última vez que fue a ese Centro de Salud/Hospital	SI	NO	+/	NS/NR
(En el Centro de Salud) En este Centro de Salud				
94. Le dijeron o no le dijeron que si usted se enfermaba en ese Centro de Salud, le mantendrían bien abrigada en el parto	1	2	3	9
95. Le dijeron o no le dijeron que usted podría escoger la posición del parto	1	2	3	9
96. Le avisaron o no le avisaron que si usted quería podían devolverle la placenta	1	2	3	9

- Si respondió en las preguntas 3 o 4, el código 1): **ESCUCHÓ RADIONOVELA, CONTINUAR con la P 97**
- Si respondió en la pregunta 4 los códigos 2) o 9): **NO ESCUCHÓ RADIONOVELA, SALTAR a la P. 99**

97. Pasando a otro tema, quisiera que hablemos sobre la radionovela "Diario de un Destino", que cuenta sobre la enfermera Isabel, que vuelve a su comunidad a buscar a su hermana y enseña a las mujeres de su comunidad sobre el embarazo, el parto y la wawita recién nacida. Usted diría que esucha esa radionovela " Siempre", "a veces" o "casi nunca"?

- 1) Siempre 2) Casi siempre (Vol) 3) A veces 4) Casi nunca 9) NS/NR

98. Me podría decir en sus propias palabras qué es lo que aprendió al escuchar esta radionovela? (No leer. Una sola opción)

- 1) Hay que ir al Centro de Salud/Hospital si se presentan complicaciones
2) Sobre complicaciones en el embarazo, parto, después del parto y con el recién nacido
3) Sobre cuidados en general
4) Sobre cuidados en el embarazo, parto, después del parto y con el recién nacido

Otro _____ 9) NS/NR

99. Ha escuchado usted mensajes radiales en los que un esposo habla sobre los cuidados en el embarazo, parto, después del parto y con el niño recién nacido?

- 1) Si (Seguir con la P. 100)

2) No 9) NS/NR (Saltar a la P. 101)

100. Me podría decir en sus propias palabras qué ha aprendido al escuchar esos programas de radio? (No leer. Una opción)

- 1) Hay que ir al Centro de Salud/Hospital se presentan complicaciones
2) Sobre complicaciones en el embarazo, parto, después del parto y con el recién nacido
3) Sobre cuidados en general
4) Sobre cuidados en el embarazo, parto, después del parto y con el recién nacido

Otro _____ 9) NS/NR

PREGUNTAS SOCIODEMOGRAFICAS

101. Sexo 1) Varón 2) Mujer

102. Cuántos hijos ha tenido _____

103. Dónde nació su último hijo? En el Centro de Salud u Hospital o en su Casa?

- 1) Centro de Salud/Hospital 2) Casa 3) No tiene hijos 9) NS/NR

104. Usted es ... (Leer opciones)

- 1) Casada/Conviviente 2) Soltera 3) Separada o 4) Viuda 9) NS/NR

105. Hasta qué curso ha estudiado?

- 1) No lee ni escribe 4) Primaria completa 7) Técnico
2) Ninguno pero lee y escribe 5) Secundaria incompleta 8) Superior
3) Primaria incompleta 6) Secundaria completa Otro _____ 9) NS/NR

106. Ocupación principal del jefe de hogar

- 1) Agropecuaria 4) Asalariado
2) Comercio 5) Otro _____
3) Artesanía 9) NS/NR

107. La mayor parte del tiempo usted vive en (Leer opciones)

- 1) Una comunidad campesina 2) Un pueblo 3) Una ciudad 4) Otro _____

108. Entrevista realizada en

- 1) Barrio/Feria 2) Servicio de Salud

Nombre del Encuestador _____

Supervisor _____

Fecha: _____ Hora: _____

Est. MC Depto: _____ Distrito de Salud _____ Localidad _____

Buenos días/tardes, mi nombre es _____ y estamos haciendo un estudio de opinión sobre el embarazo, parto y postparto. Quisiera que me de su opinión sobre estos temas. Si usted no quiere responder alguna pregunta no hay ningún problema.

1. Me podría decir su edad por favor? _____ 98) Más de 50 años (Terminar la entrevista)

(104) Usted es ... (Leer opciones)

1) Casado/Conviviente ----- > (Seguir con la P. 2)

2) Soltero 3) Separado/divorciado o 4) Viudo ----- > (Terminar la entrevista)

2. Quisiera que me diga si en este momento su esposa está o no embarazada

1) Está embarazada ----- > Más o menos qué mes tendrá su wawita? _____ (Mes) _____ (Año)

2) No está embarazada ----- > 2b. Hace cuánto tiempo tuvo su última wawita?

1) Entre uno y seis meses

2) De 6 meses a 2 años (Cuota 80% a 100%)

(Cuota 80 a 100%)

3) Más de 2 años

(Cuota, hasta 20%)

4) Estaba embarazada, pero perdió a su wawita (Terminar la entrevista)

5) Nunca se embarazó

(Terminar la entrevista)

3. Quisiera que me diga si escuchó alguna vez la radionovela "Diario de un Destino"

2) Si ----- > (Cuota correspondiente y Saltar a la P. 5)

2) No 9) NS/NR ----- > (Seguir con la P. 4)

4. Esta radionovela trata de la enfermera Isabel que después de muchos años vuelve a su comunidad para buscar a su hermana. Mientras la busca, ayuda en el Centro de Salud del pueblo y enseña a las mujeres de su comunidad sobre el embarazo, el parto y el cuidado del niño recién nacido. Se acuerda haber escuchado alguna radionovela con esta historia?

1) Si (Cuota Correspondiente)

2) No 9) NS/NR (Cuota Correspondiente)

5. Me podría decir los problemas que tienen algunas mujeres durante el embarazo (Anotar respuestas)..... durante el parto después del parto y con la wawita recién nacida? (No leer opciones. Más de una opción)

Problemas en el Embarazo	Problemas en el Parto
2) Hemorragia, sangrado 2) Wawa mal acomodada: cruzada/de pies/ de potito (distocia) 3) Hinchazón pies, manos, cara (pre-eclampsia) 4) Ataques, desmayos (eclampsia) 5) Debilidad, sin ganas de comer, sueño, desnutrición de la madre, (anemia) Otro _____ Otro _____	6) Hemorragia, sangrado 7) La wawa no puede nacer, cruzada, de pies, de potito, wawa trancada Otro _____ Otro _____
Problemas Después del Parto	Problemas con la Wawita Recién Nacida
8) Hemorragia 9) Sobreparto, fiebres, temblores, pus en las partes de la madre (sepsis puerperal) 10) Debilidad, sin ganas de comer, sueño, desnutrición de la madre, (anemia) Otro _____ Otro _____	11) Wawa de bajo peso, desnutrido no quiere mamar 12) Wawa morada, no puede respirar 13) Infecciones de la wawita, ombligo, ojos 14) Wawa con diarrea 15) Wawa amarilla (ictericia) Otro _____ Otro _____
99) NS/NR	

A continuación le voy a leer algunas cosas que a veces les suceden a las mujeres durante el embarazo, durante el parto y después del parto.

Quando (Leer preguntas) usted diría que esto es (Leer opciones)	Normal	Poco peligroso	Muy peligroso	NS/NR
6. Una mujer que está esperando familia sangra un poco de sus partes	1	2	3	9
7. Una mujer que está esperando familia tiene su cara y sus manos hinchadas, su vista es borrosa, le suenan los oídos y le duele la cabeza	1	2	3	9
8. Una mujer que está esperando familia sufre ataques y desmayos	1	2	3	9
9. Una mujer que está esperando familia tiene a su wawa cruzada, de pies o de potito en su barriga	1	2	3	9

Quando (Leer preguntas) usted diría que esto es (Leer opciones)	Normal	Poco peligroso	Muy peligroso	NS/NR
10. Una mujer que recién se ha enfermado (ha tenido su wawita) tiene calentura o fiebre, escalofríos y mal olor en sus partes	1	2	3	9
11. Una wawita está trancada y no puede nacer en el parto	1	2	3	9
12. Una wawita nació antes de tiempo, es pequeña y flaquita	1	2	3	9
13. Una wawita recién nacida se ve morada y tiene problemas para respirar	1	2	3	9
14. Una wawita recién nacida tiene su ombligo enrojecido y sus ojos rojos	1	2	3	9
15. Una wawita recién nacida tiene diarrea	1	2	3	9
16. Una wawita recién nacida tiene la piel de color amarillo	1	2	3	9
17. Una mujer embarazada o que recién ha tenido a su wawita está débil, con sueño y no quiere comer	1	2	3	9

Si su esposa tuviera ... (Leer pregunta) usted y su esposa ... (Leer opciones) qué harían	Traatarían de resolver el problema entre los dos	Consultarían con una persona mayor	Irían a un Centro de Salud u Hospital sin consultar con nadie	No harían nada, es normal (VOL)	NS NR
18. Una hemorragia durante el embarazo	1	2	3	4	9
19. Una hemorragia durante el parto	1	2	3	4	9
20. Hinchazón de cara y manos durante el embarazo	1	2	3	4	9
21. Ataques y desmayos en el embarazo	1	2	3	4	9
22. A su wawita cruzada, de pies o de potito en su barriga, durante su embarazo	1	2	3	4	9
23. Sobrepardo (fiebre y escalofríos después del parto)	1	2	3	4	9
24. Una hemorragia después del parto	1	2	3	4	9
25. A su wawita trancada y que no puede nacer durante el parto	1	2	3	4	9
26. Una wawa recién nacida y morada que no puede respirar bien	1	2	3	4	9
27. Una wawa recién nacida con infección en el ombligo y los ojos	1	2	3	4	9
28. Una wawa recién nacida con diarrea	1	2	3	4	9
29. Una wawa que nació antes de tiempo, flaquita y con bajo peso	1	2	3	4	9
30. Una wawa recién nacida amarilla	1	2	3	4	9
31. Debilidad, sueño, sin ganas de comer	1	2	3	4	9

32. Si se presenta algún problema durante el embarazo, durante el parto o después del parto, se debe o no se debe consultar con otras personas mayores, antes de ir a un Centro de Salud?

- 1) Se debe consultar 2) No se debe consultar 3) Otro _____ 9) NS/NR

33. Si en su comunidad, una mujer va con su esposo al Centro de Salud cuando hay problemas, sin consultar con una persona mayor usted diría que (Leer opciones)

- 1) Las demás personas de su familia y del lugar le criticarían por no haber consultado antes, o
2) Dirían que está bien lo que hizo 9) NS/NR

Según usted, dónde se debe atender (leer una por una las preguntas) ... en el Centro de Salud o en la casa con los familiares y la partera	en el Centro de Salud	en la Casa	Ambos (Vol)	NS/NR
34. Una hemorragia durante el embarazo o durante el parto	1	2	3	9
35. La hinchazón de cara y manos durante el embarazo	1	2	3	9
36. Los ataques y desmayos durante el embarazo	1	2	3	9
37. Una wawa cruzada, de pies o potito durante el embarazo	1	2	3	9
38. El sobreparto (fiebre, escalofríos después del parto)	1	2	3	9
39. Una wawa trancada que no puede nacer durante el parto	1	2	3	9
40. A una wawita recién nacida y morada que no puede respirar bien	1	2	3	9
41. A una wawa recién nacida con infección en los ojos y el ombligo	1	2	3	9
42. A una wawa recién nacida con diarrea	1	2	3	9
43. A una wawa que nació antes de tiempo, flaquita y con bajo peso	1	2	3	9
44. A una wawa recién nacida amarilla	1	2	3	9
45. A una mujer embarazada o que recién ha tenido su wawita, está débil, que tiene mucho sueño y que no quiere comer	1	2	3	9

46. Si su esposa tuviera alguno de estos problemas, que le he dicho, sería “muy bien”, “bien”, “mal” o “muy mal” ir inmediatamente al Centro de Salud sin consultar con alguna persona mayor de su familia o del lugar?
 1) Muy bien 2) Bien 3) Mal 4) Muy mal 5) No sabe 6) No responde

47. **Cuántos** de sus familiares quisieran que usted y su esposa vayan al Centro de Salud si se presenta algún problema durante el embarazo, durante el parto, después del parto o con la wawa recién nacida: **muchos o pocos?**
 1) Muchos 2) Pocos 3) La mitad (Vol) 4) Todos (Vol) 5) Ninguno (Vol) 9) NS/NR

Si usted y su esposa fueran a un Centro de Salud u Hospital con algún problema durante el embarazo, durante el parto, después del parto o con la wawita recién nacida:

48. Cree que las enfermeras y doctores se portarán “muy bien”, “bien”, “mal” o “muy mal” con ustedes?
 1) Muy bien 2) Bien 3) Mal 4) Muy mal 5) Regular (Vol) 9) NS/NR

49. Cree que las enfermeras y doctores respetarán o no respetarán las costumbres de su familia y de su comunidad?
 1) Respetarán 2) No respetarán 3) Otro _____ 9) NS/NR

50. Usted cree que las enfermeras y doctores curarán o no curarán el problema de su esposa?
 1) Curarán 2) No curarán 3) Otro _____ 9) NS/NR

51. Si su esposa tuviera algún problema durante el embarazo, durante el parto, después del parto o con su wawita recién nacida, usted y su esposa irían al Centro de Salud o al Hospital, o no irían al Centro de Salud o al Hospital?
 1) Irían al Centro de Salud 2) No irían al Centro de Salud 3) Otro _____ 9) NS/NR

52. Pasando a otro tema, su esposa tuvo alguna vez un problema durante el embarazo, durante el parto, después del parto o con su wawita recién nacida?
 1) Si ----- > (Seguir con la P. 53)

 2) No tuvo problemas 3) No se embarazó nunca 4) No sabe 5) No responde ---- > (Saltar a la P. 55)

53. Qué problema tuvo? _____ Y este problema fue durante el embarazo, durante el parto, después del parto o con su wawita recién nacida?
 (Varias Opciones) _____
 1) Embarazo 2) Parto 3) Después del parto 4) Wawita recién nacida 9) NS/NR

54. **La última vez** que su esposa tuvo un problema, fueron a un Centro de Salud/Hospital o lo resolvieron en su casa?

- 1) Centro de Salud/Hospital 2) Casa 3) Otro _____ 4) No sabe 5) No responde

- Si en la P. 2 respondió 1) **EMBARAZADA, SEGUIR con P. 55**
- Si en la P. 2 respondió 2) **NO EMBARAZADA, SALTAR a la P. 57**

55. Si se presenta algún problema durante el embarazo de su esposa usted y su esposa han pensado o no han pensado ... (Leer opciones).	EMBARAZ		PARTO	
	O			
56. Si se presenta algún problema durante el parto usted y su esposa han pensado o no han pensado ... (Leer opciones)	Si	No	Si	No
1) A qué Centro de Salud u Hospital irán (Si "sí", preguntar A cuál. Sólo si saben dónde ir, colocar código 1)	1	2	1	2
2) De dónde conseguirán movilidad para ir al Centro de Salud/Hospital	1	2	1	2
3) Con qué dinero pagarán la movilidad	1	2	1	2
4) Con qué dinero pagarán la consulta en el Centro de Salud/Hospital	1	2	1	2
5) Con qué dinero pagarán los medicamentos	1	2	1	2
6) Quién se quedará a cuidar la casa y a los demás hijos	1	2	1	2

(No olvidar la pregunta 56)

- Si en P. 2 --> 1) o en P. 2b --> 1) 2) o 4) **EMBARAZADA, PARTO HACE MENOS DE 2 AÑOS, SEGUIR**
- Si en P. 2b --> 3) --> **ULTIMO PARTO MÁS DE 2 AÑOS SALTAR a la P. 97**

57. Usted fue a un Hospital o Centro de Salud para hacer alguna consulta sobre el embarazo, sobre el parto, después del parto o sobre su wawita recién nacida **en el último embarazo o parto de su esposa?**

1) Si ----> 57 b. A qué Centro de Salud u Hospital fue? _____
 _____ (Anotar detalladamente)

2) No ---> 57 c. Por qué no fue al Centro de Salud? _____

- Si respondió en las preguntas 3 o 4, el código 1): **ESCUCHÓ RADIONOVELA, CONTINUAR con la P 97**
- Si respondió en la pregunta 4 los códigos 2) o 9): **NO ESCUCHÓ RADIONOVELA, SALTAR a la P. 99**

97. Pasando a otro tema, quisiera que hablemos sobre la radionovela "Diario de un Destino", que cuenta sobre la enfermera Isabel, que vuelve a su comunidad a buscar a su hermana y enseña a las mujeres de su comunidad sobre el embarazo, el parto y la wawita recién nacida. Usted diría que escucha esa radionovela "Siempre", "a veces" o "casi nunca"?

- 1) Siempre 2) Casi siempre (Vol) 3) A veces 4) Casi nunca 9) NS/NR

98. Me podría decir en sus propias palabras qué es lo que aprendió al escuchar esta radionovela? (No leer. Una sola opción)

- 1) Hay que ir al Centro de Salud/Hospital si se presentan complicaciones
 2) Sobre complicaciones en el embarazo, parto, después del parto y con el recién nacido
 3) Sobre cuidados en general
 4) Sobre cuidados en el embarazo, parto, después del parto y con el recién nacido
 Otro _____ 9) NS/NR

99. Ha escuchado usted mensajes radiales en los que un esposo habla sobre los cuidados en el embarazo, parto, después del parto y con el niño recién nacido?

1) Si (Seguir con la P. 100)

2) No 9) NS/NR (Saltar a la P. 101)

100. Me podría decir en sus propias palabras qué ha aprendido al escuchar esos programas de radio? (No leer. Una opción)

- 1) Hay que ir al Centro de Salud/Hospital se presentan complicaciones
 2) Sobre complicaciones en el embarazo, parto, después del parto y con el recién nacido

- 3) Sobre cuidados en general
 4) Sobre cuidados en el embarazo, parto, después del parto y con el recién nacido
 Otro _____ 9) NS/NR

PREGUNTAS SOCIODEMOGRAFICAS

101. Sexo 1) Varón 2) Mujer
102. Cuántos hijos ha tenido _____
109. Dónde nació su último hijo? En el Centro de Salud u Hospital o en su Casa?
 1) Centro de Salud/Hospital 2) Casa 3) No tiene hijos 9) NS/NR
105. Hasta qué curso ha estudiado?
 1) No lee ni escribe 4) Primaria completa 7) Técnico
 2) Ninguno pero lee y escribe 5) Secundaria incompleta 8) Superior
 3) Primaria incompleta 6) Secundaria completa Otro _____ 9) NS/NR
106. Ocupación principal
 1) Agropecuaria 4) Asalariado
 2) Comercio 5) Otro _____
 3) Artesanía 9) NS/NR
107. La mayor parte del tiempo usted vive en (Leer opciones)
 1) Una comunidad campesina 2) Un pueblo 3) Una ciudad 4) Otro _____

Nombre del Encuestador _____

Supervisor _____

Fecha: _____ Hora: _____