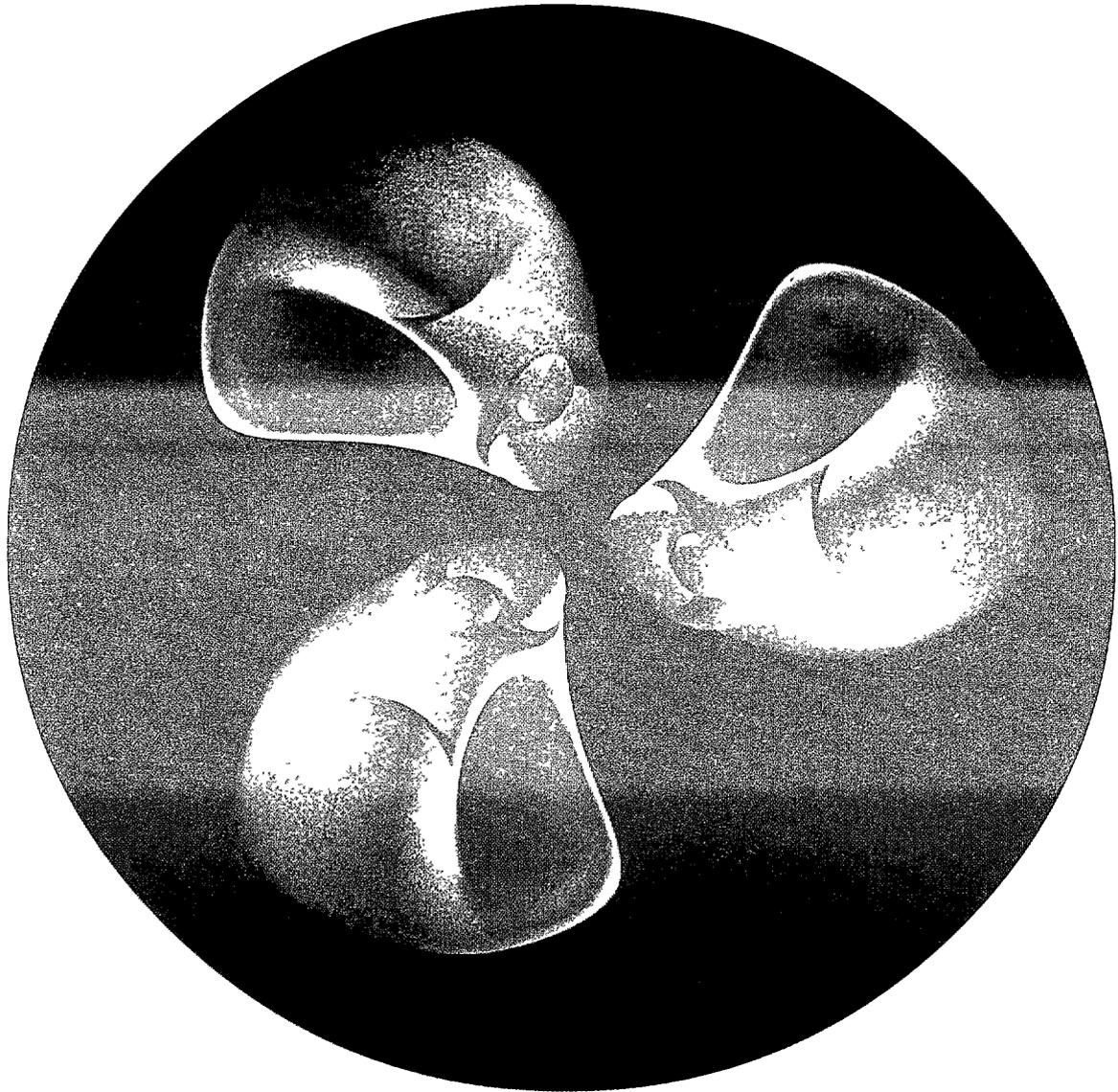




WomenCare-BOLIVIA

Caminos de intervención sustentable en salud



**La Paz - Bolivia
2000**

1-

Esta publicación es posible gracias a la Oficina de Salud de la
Agencia Internacional de Desarrollo de los Estados Unidos (USAID),
bajo los términos de contrato
N° HRN-5966-Q-00-3039-00 y de
John Snow, Inc. (JSI)

Las opiniones expresadas por los autores no reflejan necesariamente
los puntos de vista de
USAID y JSI

© MotherCare-Bolivia, 2000
Lisímaco Gutiérrez - Pasaje 490 N° 4
Sopocachi
Teléfono 434017 y Fax 430949

Edición y diseño gráfico:
Jaime Taborga
Foto portada: *Madona del abrazo*, 1951
(escultura en granito) Marina Núñez del Prado

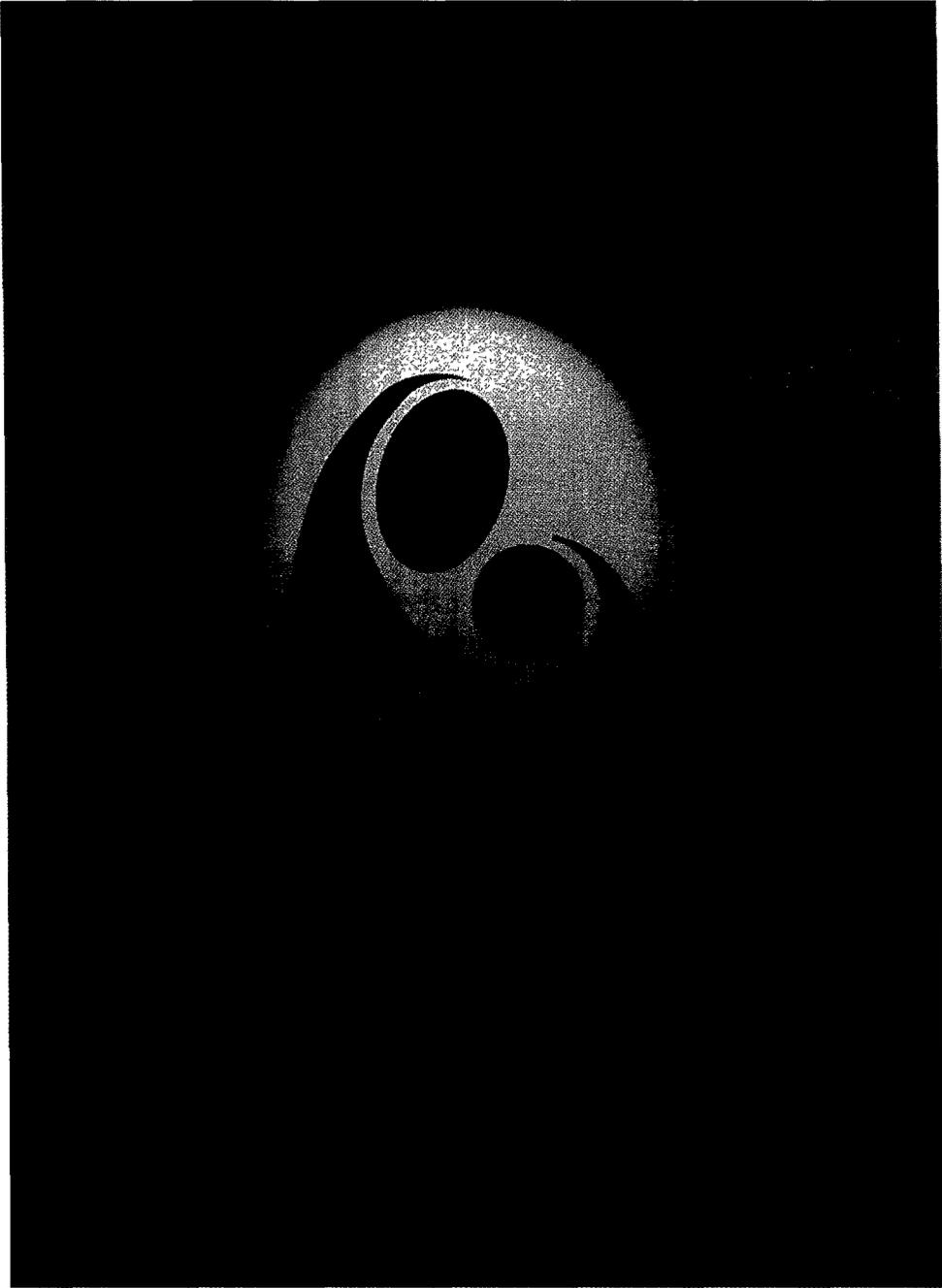
D.L. 4-1-249-00

Imprenta
Stampa Gráfica Digital

Impreso en Bolivia

Contenido

Pág.	<i>Presentación</i>
7	Capítulo I <i>El propósito</i>
19	Capítulo II <i>Los componentes</i> <ol style="list-style-type: none">1. Calidad, calidez y adecuación intercultural de la atención obstétrica y perinatal2. Cómo lograr calidez y adecuación intercultural: IEC/O y participación comunitaria3. Monitoreo: información para tomar decisiones4. Mejorar los servicios para reducir los costos5. ¿Qué hacer para combatir la anemia?6. Eliminar la sífilis materna y congénita7. Promover la formación de agendas de políticas públicas
79	Capítulo III <i>El balance</i> <ol style="list-style-type: none">A. Evaluación de impactoB. Evaluación del desempeñoC. Efectos de la intervención de MotherCare en el sistema de atención materna
129	Capítulo IV <i>Las lecciones</i>
137	Bibliografía de materiales producidos y publicados por MotherCare
141	Reconocimientos



Presentación

En las páginas que siguen el lector encontrará un informe de las actividades realizadas por MotherCare durante los últimos cinco años de su presencia en el país. Se trata, sin embargo, más de una evaluación crítica de su labor, que de una relación descriptiva de hechos. MotherCare ha aprendido muchas lecciones y quiere dejar aquí, antes que un testimonio, un instrumento útil para quienes se preocupan por la situación de la salud en Bolivia y quieren encontrar caminos de intervención sustentable en salud, como nos hemos titulado en esta publicación.

Así pues, aunque no estamos libres de quijotescas declaraciones de propósito que salpican en uno y otro lado, creemos que hay aquí varias razones que nos permiten solicitar una atención; baste para ello las cuatro o cinco sanchescas lecciones de sentido común, pero suficientemente reales como para que nuestra historia tenga su valor.

Es una historia de aventuras y desafíos. El tema principal, nuevamente, es la vida misma; la trama, la salud. Los personajes, verdaderos protagonistas y escritores de esta obra, la comunidad real de hombres y mujeres de Bolivia.

Nuestras preocupaciones, nuestras soluciones, nuestros logros y lecciones no son otros que los que hemos alcanzado de conjunto, con las mujeres parturientas, las púerperas o las simplemente fértiles, con sus esposos o parejas, con sus madres o suegras, con las parteras, los médicos, enfermeras y auxiliares.

Las acciones son también sencillas y reales, pues no tienen otra guía filosófica que devolver a las cosas su sentido lógico y común: permitir que las mujeres puedan dar a luz según su natural instinto y de acuerdo con sus normas y valores culturales; ayudar a los proveedores de salud a que comprendan este hecho básico y que sepan auxiliar con las prácticas esenciales que hagan falta; hacer de los hospitales algo realmente hospitalario, de la prestación del servicio, algo atento y amable; que los servicios sirvan para prestar servicio y que la población acuda a ellos cuando sea necesario y

oportuno hacerlo; tomar iniciativas y ser suficientemente eficaces y eloquentes, sobre todo allí donde se necesita alzar un poco la voz, para convocar a las autoridades a realizar la acción que les corresponde realizar y que a todos nos corresponde esperar.

Luces altas y bajas en el camino, según quién haya o qué venga delante.

También se cuentan los devaneos de un actor silencioso; sus encierros existenciales para meditar, para buscar mayor coherencia, para ponerse de común acuerdo, para mejorar y ser más útil. Nuestro cálculo está hecho a la medida de los tiempos actuales, con Estado, mercado y consumo; pero con una diferencia, buscando ganar sin producir desperdicios, con el menor ruido, sin medidas de corto plazo, sin absoluciones de limitación por lo que hay entre lo esperado y lo hecho; sin sustraernos a éstas y a las mil dificultades que siempre las hay, y sin dejar de decir: si querer es poder, quiérelolo de verdad.

Y así sigue la historia con los grandes y pequeños dramas de la acción humana: entra en las habitaciones de los hogares aimaras y quechuas donde la mujer andina da a luz en medio de rituales genésicos; describe los instructivos que decoran las paredes de los consultorios rurales de salud; descubre los entretelones donde se consumaron las normas nacionales y los currículos institucionales en materia de atención materna y neonatal; pasa por el sabor de las tabletas ferrosas; habla de historias de radionovela que dramatizan los vericuetos sociales, subjetivos y reales de la maternidad; cuenta de simulacros callejeros, de panfletos que las parturientas agitan a la hora de acudir a los prestadores de servicio.

Pero llegada la hora, como en toda historia, la nuestra también quiere hacer su propia historia, y aunque ésta sólo podrá ser escrita por los hijos de los hijos de los actuales recién nacidos, no podemos dejar de mencionar a algunos progenitores: Marjorie Koblinsky y Colleen Conroy, cuyos corazones laten sobre nosotros en nombre del corazón, en primer lugar, sin duda, pero también por su saludo a toda humilde entrega de sabiduría, en fe de igualdad de una misma verdad.

En lo que a nuestro reconocimiento respecta, nos bastará con ver encenderse una chispa que siga iluminando el camino.

Guillermo Seoane Flores

Capítulo I

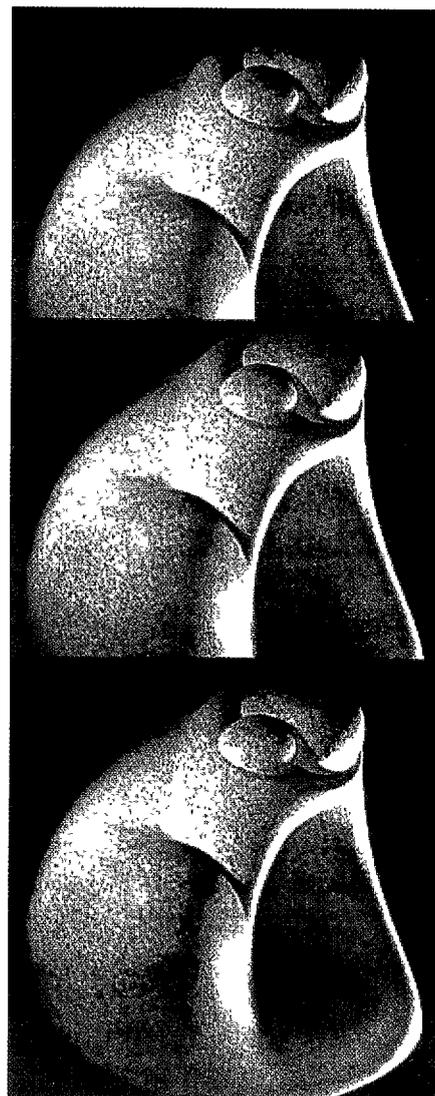
El propósito

Bolivia es un inestimable laboratorio donde se contrastan y ofrecen a la experiencia variadas y novedosas políticas de intervención social. Quien quiera orientarse seriamente hacia la superación estructural de las manifestaciones de pobreza crítica y extrema en que viven los pueblos del tercer mundo, debe dirigir su atención a nuestro presente.

La dinámica del desarrollo humano en Bolivia muestra hoy un cambio de tendencia, y es de vital importancia comprender esta realidad para proyectarla hacia los objetivos que se ha trazado la comunidad nacional e internacional.

Las reformas estructurales aplicadas en nuestro país han abierto un nuevo escenario donde se descubren novedosas e interesantes posibilidades para la inversión social. Todo parece indicar que es posible superar una vieja situación de estancamiento histórico, caracterizada por la ineficacia e impertinencia de las acciones de lucha contra la pobreza, y avanzar por un terreno más fértil y promisorio en el que confluyen enfoques e instrumentos que permiten hacer reales, duraderos y replicables los esfuerzos.

En adelante, toda intervención institucional tiene el desafío de cambiar y reorientar su acción. Quienes se hallan trabajando en la temática social deben superar las viejas rutinas de admi-



nistración de la pobreza y actuar en frentes donde logren reales impactos. No hacen falta ideas geniales, caudillos providenciales o sacrificios personales heroicos, tanto como mayor flexibilidad, transparencia, autocrítica y trabajo colectivo.

17 años de vida democrática

Los años de vida democrática de que disfruta Bolivia, desde que ésta fuera recuperada del militarismo hace 17 años, le han permitido realizar una serie de importantes reformas que han cambiado su rostro y su disposición para asumir las responsabilidades de los nuevos tiempos.

Con la aplicación de las reformas de ajuste estructural se pudo detener el proceso de hiperinflación —uno de los más grandes que registra la historia de la humanidad—, se reordenó la economía interna de acuerdo con un modelo capitalista de mercado, y se creó al mismo tiempo nuevos mecanismos para favorecer el desarrollo social y humano del país.

Con la aplicación de reformas de segunda generación, destinadas a cambiar la estructura del Estado, se transformó un aparato estatal rígido, centralista y vertical, en el que se concentraba toda la dinámica social, y se creó otro más institucionalizado y ordenado, menos ajeno a la realidad, a las necesidades y a la idiosincrasia nacionales. Se replantearon las relaciones Estado-sociedad, y el proceso de diseño y aplicación contó con la participación de una amplia gama de actores y sujetos cuyo concurso dio a la reforma mayor legitimidad y proyección. La descentralización administrativa y la participación popular fueron dos medidas fundamentales para la creación de una nueva estructura político administrativa más representativa y democrática.

Con la Ley de Participación Popular el Estado logró ampliarse. Se creó 314 gobiernos municipales reconociendo a la sección municipal como unidad básica de distritación, con autonomía de gestión y participación de pleno derecho de las organizaciones territoriales de base, se distribuyó los recursos económicos nacionales según la cantidad de población de cada lugar, y se dispuso la organización de comités de vigilancia para controlar el manejo de los recursos. La Descentralización Administrativa, por su parte, ha permitido trasladar competencias y funciones político administrativas a las prefecturas de departamento.

A estas medidas de corte estructural se han integrado otras transformaciones paralelas de no menor importancia, como la Reforma Educativa. Se trata de una verdadera revolución en marcha, que a tiempo de rescatar, defender y promocionar nuestros valores culturales propios, aplicando una educación bilingüe e intercultural, un proceso de enseñanza-aprendizaje constructivo, pertinente y contextualizado, ofrece al pueblo organizado los mecanismos de gestión educativa, control administrativo y definición misma de los contenidos curriculares.

Medidas de reforma para modificar y modernizar las políticas públicas, normar las funciones de responsabilidad financiero administrativas, ampliar la participación ciudadana a los mayores de 18 años en las Elecciones Nacionales, crear nuevas formas de representación política con diputados uninominales, extender el período constitucional a cinco años, crear nuevas instituciones de intermediación con la sociedad como el Tribunal Constitucional, el Defensor del Pueblo y el Consejo de la Judicatura, entre otras, señalan en conjunto la apertura de un nuevo rumbo histórico, vital y lleno de potencialidad creativa, que se ofrece al hombre y a la mujer bolivianos para ser dueños de su destino.

Los puntos de partida para una acción en salud

A pesar de la diversidad de medidas adoptadas, y de cierto eclecticismo filosófico que puedan acusar entre ellas, no es difícil descubrir su interrelación y unidad de conjunto, baste observar el impacto que tiene cada una de ellas sobre todas las esferas de la vida nacional y de la reacción que exigen en cada una de éstas. Es el caso de la salud, donde se venía arrastrando una inaceptable como incomprensible situación de inequidad, pero donde las transformaciones aplicadas ofrecen hoy otras condiciones para realizar reformas de tercera generación y crear nuevos mecanismos de intervención social, nuevas formas de lucha contra la pobreza y un nuevo y real espacio de oportunidad para el desarrollo humano.

La invitación a efectuar cambios que nos ofrece y exige el momento actual no puede ser desaprovechada, pero tampoco nos permite hacer improvisaciones y remover la letra del papel sin mayores fundamentos que la buena intención.

Bolivia tiene una cifra alta de embarazadas que anualmente se aproxima a las 300.000 mujeres. Aproximadamente 1.200 mujeres mueren cada año por causas relacionadas con el embarazo, parto y post-parto. Más del 90% de estas muertes se producen en áreas de pobreza extrema en el país, como el área rural y las áreas periurbanas. La mayoría de las muertes maternas se deben a la falta de atención oportuna y adecuada en el proceso reproductivo de nuestras madres.

El *Estudio de línea de base* realizado en 1996 por MotherCare (1998) en las áreas de su proyecto¹ revela información de mucha importancia para comprender y poder actuar en consecuen-

¹ En el departamento de La Paz, los municipios: El Alto II e Ingavi/Los Andes; en Cochabamba: Valle Bajo, Chapare Valle Puna, Capinota, Independencia y Tapacarí.

cia, particularmente en lo que toca a los problemas de oferta y demanda de los servicios donde existen serias barreras para acceder a la atención en salud.

Veamos algunos datos, saquemos algunas conclusiones y hagamos de nuestra situación de debilidad un punto de partida y de fuerza.

i) Composición y aspectos socioeconómicos de los hogares

- Un multilingüismo donde la población utiliza hasta tres idiomas para comunicarse.
- Un analfabetismo que abarca a una tercera parte de las mujeres del área rural.
- Una importante utilización de la radio, con un 84% de familias que disponen del aparato.

ii) Incidencia de complicaciones maternas y perinatales y utilización de los servicios

- 55 de cada 100 mujeres embarazadas acuden al primer control prenatal, y 45 al segundo.
- A 25 les explican dónde acudir en caso de complicaciones y 17 reciben dos dosis de TT para su embarazo.
- Los tiempos de desplazamiento (media de 30 a 49 minutos) y de espera (30 a 60 minutos) para la atención prenatal, especialmente en caso de complicaciones, son excesivos.
- El 67% de la población cree en la capacidad resolutoria de los hospitales en caso de complicaciones materno-perinatales, pero la utilización de los servicios sigue siendo baja.
- Más de la mitad de la población (55%), sobre todo en el área rural, no es capaz de citar un establecimiento cercano con capacidad resolutoria.

iii) Nivel de conocimientos sobre complicaciones maternas y perinatales

- La infección puerperal es la complicación más conocida y es reconocida por el 70% de las mujeres.
- Sin embargo, los signos como secreción maloliente y la temperatura son nombrados por muy pocas personas, llegando en el primer caso al 8% y al 15% en el segundo.
- Los períodos de los que menos número de señales de peligro cita o reconoce la población son el post-parto y el período neonatal, sobre todo en el área rural.

iv) Acciones apropiadas frente a una complicación y utilización de servicios

- Más del 6% de las mujeres informaron de mala presentación en su último parto; el 14%, lo hizo de parto prolongado; y el 22% dijo haber tenido una hemorragia.
- El porcentaje de partos complicados atendidos en hospitales es casi el mismo que el atendido fuera de ellos. El porcentaje de partos institucionales es dos veces y media mayor en el área urbana que en el área rural (59 y 23%).
- El marido decide más frecuentemente que la propia mujer el tener parto hospitalario, sobre todo en el área rural.
- El 45% de las mujeres urbanas y el 19% de las rurales acudió a control después de su último parto. De las que no acudieron, un 13% dijo haber tenido problemas, y de éstas sólo 4 de cada 10 solicitaron ayuda. En el área rural, cerca de la mitad acudió a una partera tradicional.
- Las infecciones, tanto en la puérpera como en el recién nacido, son las complicaciones más frecuentemente citadas. Sin embargo, son las que menos ayuda solicitan.
- La hemorragia post-parto es la segunda complicación más citada y es la que más ayuda solicita.

v) Prevalencia de anemia en las embarazadas

- Más de la mitad de las mujeres embarazadas estudiadas padecen anemia. La prevalencia de anemia es el doble entre las mujeres que no recibieron ninguna tableta de hierro que entre las que recibieron alguna.
- Las principales limitaciones para que las mujeres embarazadas reciban tabletas de hierro son el bajo porcentaje de mujeres que acuden a control prenatal (55%) y el bajo porcentaje de las que acuden a las que les ofrecen tabletas (57%).

vi) Problemas del recién nacido y mortalidad perinatal

- Alta prevalencia (12%) y bajo reconocimiento de la conjuntivitis neonatal por parte de la población.
- Los recién nacidos sólo son pesados cuando nacen en un establecimiento de salud. La población tiene dificultad para reconocer el bajo peso al nacer.
- La mortalidad perinatal en Bolivia es la más alta de América Latina (35/1000 nacidos). Depende en gran parte de la atención recibida en el embarazo, parto y post-parto inmediato.
- La alta mortalidad perinatal es debida sobre todo a la elevada mortalidad neonatal temprana (25/1000).
- El número de muertes intraparto es elevado incluso en los establecimientos de salud (13%).

La tendencia muestra que cuando se mejoran las condiciones socioeconómicas y aumenta el nivel de formación e información, la curva de demanda de los servicios de salud materna crece.

El uso de los servicios depende en última instancia de la calidad y de la consideración socio-cultural que sean capaces de ofrecer.

Esto señala fundamentalmente la necesidad de mejorar la calidad y calidez de los servicios.

La demanda de calidez en los servicios de salud

Partimos de una situación caótica, llena de círculos viciosos: un abundante universo de mujeres embarazadas, un alto nivel de morbilidad materna y una asombrosa penetración en áreas de pobreza, y, para colmo de males, una mala oferta de servicios de salud que han reducido su demanda.

El estudio cualitativo *Diagnóstico: Barreras y viabilizadores sobre complicación obstétricas y neonatales* (1996) nos muestra los puntos de intersección entre los factores que impiden el crecimiento de la demanda de servicios de salud y los factores que facilitan la llegada de la gente a los servicios de salud, que los perciban buenos, necesarios y que se sientan amigos de ellos.

Los resultados encontrados en este estudio son elocuentes. Desde el punto de vista de la comunidad se encontraron los siguientes problemas:

- Un bajo reconocimiento de signos y señales de peligro durante el embarazo, parto, post-parto y del recién nacido.
- La decisión de búsqueda de servicios de salud depende de la mujer embarazada durante la etapa del embarazo y del recién nacido, mientras que su pareja o suegra deciden qué hacer durante el parto y el post-parto inmediato.
- La mujer, ni su pareja ni familia no ven necesario tener un plan de emergencia para acceder a los servicios de salud en caso de complicaciones obstétricas y neonatales.
- La gente de la comunidad reconoce que en caso de complicaciones el servicio de salud tiene la capacidad de resolverlos; sin

embargo, lo utilizan en baja proporción debido al mal trato que reciben.

- Hay un conflicto entre la necesidad de utilización del servicio y la no calidez en la prestación del servicio. Los miembros de la comunidad dicen que no se respetan sus valores y costumbres y que se los discrimina.

Respecto a los servicios de salud, el estudio muestra una ausencia de calidad y calidez en su funcionamiento así como un conjunto de barreras que afectan el trabajo de los proveedores de salud. Veamos:

- Los proveedores de salud dicen contar con las destrezas necesarias para resolver complicaciones obstétricas y neonatales, pero se quejan por la falta de suministros, insumos y equipos.
- Indican que la cultura de la comunidad a la que sirven es un obstáculo para dar servicios adecuados.
- Están dispuestos a adoptar cinco prácticas del parto de la comunidad, es decir, dar privacidad, permitir la presencia de la pareja o esposo y partera en la sala de partos, mantener a la mujer embarazada bien abrigada para evitar la sepsis puerperal, darle a elegir la posición en la cual desea dar a luz y devolver la placenta.

Derecho y reforma en el sistema salud

La participación de la comunidad, como efecto de las reformas aplicadas en el país, ha permitido que crezca la demanda de servicios de salud. Hoy le toca el turno a la salud, pues sin una adecuada y justa gestión y administración de las políticas públicas no va a mejorar la calidad de vida de nuestra población.

El derecho a la salud y la reforma en el sistema de salud son la base para hacer de este proceso una realidad sostenible en beneficio de la sociedad boliviana.

La organización del Comité por una Maternidad Segura, la creación del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez y del Seguro Básico de Salud muestran cómo una mínima articulación de esfuerzos puede producir resultados a favor de un cambio en las actuales condiciones de vida de las madres y los niños y niñas de Bolivia.

El Seguro Nacional de Maternidad y Niñez

La aplicación en 1996 del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez es una respuesta concreta al problema de la oferta y la demanda en salud, pues su objetivo principal es incrementar la cobertura de atención de mujeres en edad reproductiva y de niños menores de cinco años.

Luego de dos años de aplicación podemos sacar las siguientes conclusiones:

- Los niveles de accesibilidad y utilización de los servicios en salud se han incrementado, con un efecto positivo importante a favor de los sectores más pobres.
- Este incremento de la demanda de los establecimientos de salud se dio sobre todo en el III nivel de atención. Sin embargo, afectó negativamente la calidad de la oferta,

pues el aumento de la demanda produjo un congestionamiento de pacientes que no pudo ser bien atendida.

- El Seguro ha reducido de manera significativa las barreras económicas, pero la percepción negativa de los usuarios acerca del servicio y trato que prestan los proveedores continúa siendo un obstáculo que frena el aumento en la utilización de servicios, particularmente en el área rural.

El Seguro Básico de Salud en Bolivia

El Seguro Básico de Salud amplía la cobertura y la jurisprudencia del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez. Establece un sistema de aseguramiento solidario que se financia con recursos públicos, dotando a la población de un conjunto de prestaciones esenciales y efectivas, ofrecidas por los establecimientos públicos, las cajas de salud, las ONGs, la iglesia y otras instituciones.

Está pensado para atender a las mujeres gestantes y a los niños menores de cinco años, pero incluye el servicio de atención a mujeres embarazadas que presentan hemorragias durante el primer trimestre y amplía sus prestaciones a las poblaciones afectadas por el cólera, la malaria y la tuberculosis.

Su objetivo es reducir el riesgo, la duración y la severidad de las principales causas de enfermedad y muerte en toda la población, garantizando el acceso permanente a un conjunto de prestaciones preventivas y curativas. Los establecimientos de salud brindan los servicios sin cargo al usuario y son reembolsados por los municipios mediante fondos locales de compensación.

Ambos seguros intentan ampliar la demanda y mejorar la calidad de la oferta de servicios de salud. Han mejorado la situación, pero también acusan dificultades de aplicación.

MotherCare: de la intervención en áreas de crisis y riesgo a la formación de una agenda de políticas públicas

MotherCare realiza el presente reporte de trabajo con el propósito de insertar sus hallazgos de investigación, intervención y gestión en salud en el marco de las transformaciones estructurales del país, y contribuir así a la toma de decisiones en las instituciones que desean recorrer el camino de la reforma en salud de Bolivia haciendo sostenible sus intervenciones.

MotherCare ha trabajado en la identificación, diseño y ejecución de una estrategia destinada a modificar y cualificar los servicios con el propósito de romper el círculo de mala oferta y poca demanda que existe en la atención a la salud de las madres y niños.

A partir de sus conocimientos y experiencia apunta a la promoción de políticas de salud que ofrezcan servicios de calidad y calidez sostenibles, y que fortalezcan la capacidad de las instituciones de salud en el ámbito nacional, departamental y municipal. Han intervenido con acciones destinadas a incrementar la demanda a través de estrategias de información, educación, comunicación, orientación y participación comunitaria, y ha integrado el proceso proporcionando in-

formación a los encargados de tomar decisiones con el propósito de que ésta sea utilizada en la planificación municipal, departamental y nacional.

El objetivo central de MotherCare durante sus últimos cinco años de trabajo en el país fue coadyuvar a la reducción de la morbilidad materna y neonatal. Priorizó como principal cliente y área de impacto a los municipios territoriales y escogió a poblaciones en las zona de mayor riesgo de pobreza y marginalidad.

Su primera línea de intervención fue la educación en salud, ofreciendo conocimientos y facilitando información acerca de los principales problemas que pueden ocasionar la muerte de madres y recién nacidos, pues en la medida en que aumentan los conocimientos de la población sobre los signos y señales de peligro se detecta una disminución de la morbi-mortalidad materna



y perinatal.

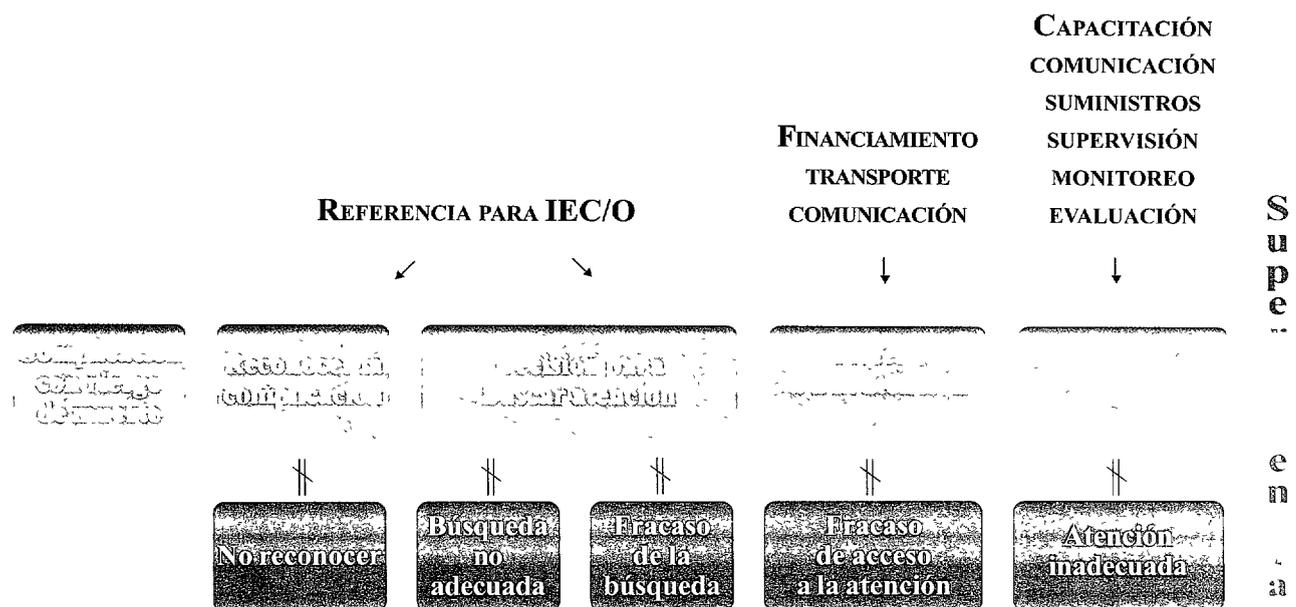
Para lograr este propósito MotherCare siguió el modelo del *camino de la supervivencia materna y perinatal* de MotherCare (Koblinsky, 1996), modelo que permite detectar las barreras e incrementar la calidad y calidez de la atención en salud que recibe la mujer (Fig. 1).

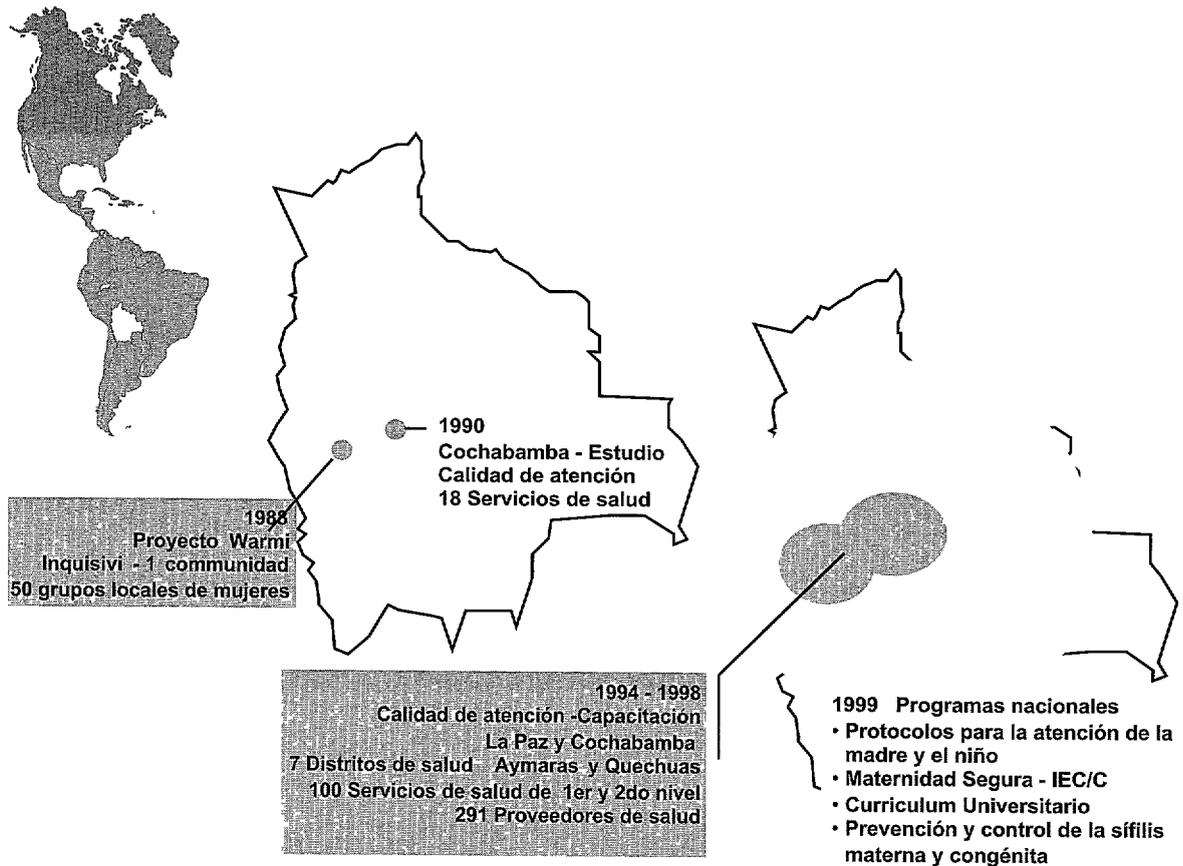
El proceso de interacción sociocomunitaria se enriqueció con el desarrollo de una estrategia de comunicación y definió los componentes centrales del desarrollo de su proyecto a partir de los siguientes estudios, entre muchos otros: *Diagnóstico: Barreras y viabilizadores en la atención de complicaciones obstétricas y neonatales* (Seoane, Kaune y Córdova, 1996), *Análisis de situación* (Castrillo, Seoane, et al., 1995), *Necesidades formativas del personal de salud* (Metcalf, 1996), *Validación de términos obsté-*

tricos y neonatales de la comunidad (Kaune, 1995), y *Estudio de validación de complicaciones obstétricas y neonatales* (Seoane, Castrillo, O'Rourke, 1995) que alimentaron la elaboración de su línea de base y el trabajo de participación comunitaria destinado a incrementar la calidad y calidez de la atención materna y perinatal.

La Norma Boliviana de Salud NB-SNS-02-96, *Protocolos para la atención a la mujer y al recién nacido* (Secretaría Nacional de Salud y Previsión Social y MotherCare, 1996), un *Manual de procedimientos obstétricos y perinatales* (Ugalde, Metcalfe, Paredes, et al., 1998) y el *Currículo de capacitación* (MotherCare, Network Consultants, 1998), por su parte, alimentaron los esfuerzos realizados para la creación de una agenda de políticas y permitieron la capacitación de todo el personal sanitario de los

Figura 1
Camino de la supervivencia materna y perinatal





7 distritos donde trabajó MotherCare.

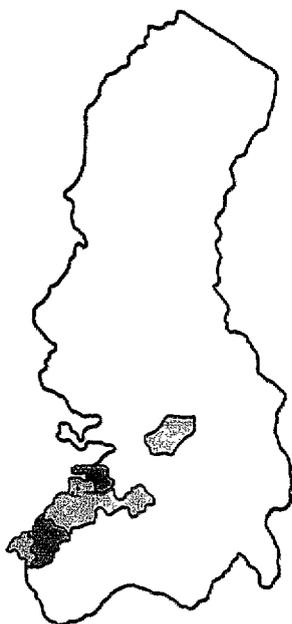
Durante este proceso, vio también la necesidad de luchar contra otros factores perversos que exigen solución inmediata. El estudio que realizó sobre *Prevalencia de sífilis* (Blanco, et al., 1997) le permitió, así, diseñar e impulsar un plan nacional de lucha contra esta enfermedad.

La experiencia acumulada y las lecciones aprendidas llevaron a MotherCare a crear un sistema de supervisión, monitoreo y evaluación para conocer la eficacia de su estrategia. Partió para ello de una definición clara de objetivos y de una selección adecuada de los indicadores destinados a medir su consecución; identificó las fuentes disponibles y diseñó estudios específicos para obtener los datos indispensables para la elaboración de estos indicadores y alimentar la información para la toma de decisiones.

Utilizó este sistema para supervisar, monitorear y evaluar sus intervenciones. Supervisó la aplicación de la estrategia de IEC/O y el trabajo del componente de capacitación, evaluó su impacto y realizó una evaluación continua del desempeño del personal capacitado. Se utilizaron indicadores clave para monitorear el Proyecto, obteniendo información periódica de los informes rutinarios del Subsistema Nacional de Información en Salud. La información referente a la morbilidad de la madre y del recién nacido y a la distribución de hierro a las embarazadas se recogió en un informe específico de salud materno-perinatal, y se controló la calidad de la información recogida (Eguiluz y Cortinois, 1997).

El Proyecto ha apoyado las políticas sobre maternidad segura de la Presidencia de la Repú-

Departamento de La Paz



Districtos:
El Alto II
Ingavi/Los Andes

Departamento de Cochabamba



Districtos:
Valle Bajo
Chapare Valle Puna
Capinota
Independencia
Tapacari

blica, del Despacho de la Primera Dama, del Ministerio de Salud y Previsión Social, de las Secretarías Departamentales de Salud, de los distritos, de los municipios y de los establecimientos de salud.

Se ha apoyado e inducido a la utilización de la estrategia y de los instrumentos desarrollados con la ayuda de MotherCare para los Planes Estratégicos y Operacionales y para la elaboración de presupuestos nacionales, departamentales y municipales.

La esperanza del proceso reside en que si la estrategia de MotherCare ha sido efectiva y sostenible para el país, como nosotros pensamos, los encargados de tomar decisiones y en especial Ministerio de Salud y Previsión Social pueden y deben adoptarlas como estrategia nacional en el empeño conjunto de disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en Bolivia.

Alcance e impacto de la intervención de MotherCare

MotherCare-Bolivia es un modelo de crecimiento, intervención y gestión de políticas de fuerte impacto en la estructura social, poblacional y de servicios de salud en el país.

El primer período largo de intervención se localizó en dos enclaves básicos en los departamentos de La Paz y Cochabamba (ver mapa), donde realizó un *Estudio de línea de base* y desarrolló su intervención sociocomunitaria.

50 grupos organizados de mujeres utilizaron la metodología del autodiagnóstico, se desarrolló una línea de base cuantitativa y cualitativa sobre la salud materna y reproductiva en mujeres, se duplicó el material didáctico para ampliar los conocimientos en salud materna y se formaron 45 parteras locales como modelo piloto, se ampliaron los conocimientos y servicios de los

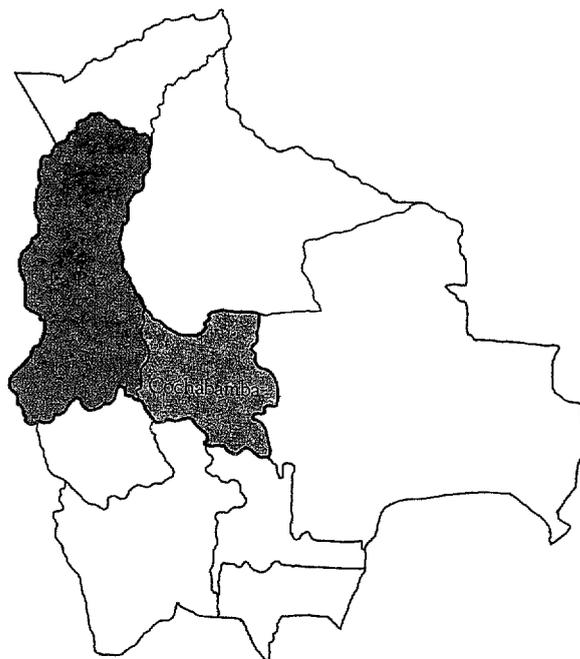
dispensadores de atención y se adiestraron a los proveedores de atención en 183 establecimientos y 12 organizaciones no gubernamentales en comunicación interpersonal, orientación y manejo de complicaciones obstétricas y neonatales.

Durante el segundo período de trabajo logró la aceptación y aplicación oficial de su modelo e irradió su intervención. Su metodología de autodiagnóstico se convirtió en parte importante del Plan Nacional de Salud y gestionó para ponerlo en práctica en todo el país; creó una estrategia y un plan de trabajo sobre información, educación, comunicación y orientación; realizó una campaña radial con la transmisión de una radionovela de 60 capítulos sobre la maternidad sin riesgos y de 20 cuñas radiales dirigidas a esposos o parejas de las mujeres embarazadas y en edad fértil; ejecutó un programa de distribución de tabletas de hierro y capacitó, al igual que en el primer período, a los trabajadores en salud en comunicación interpersonal, orientación y manejo de complicaciones obstétricas y neonatales.

Perfeccionó la calidad de los servicios con la asistencia técnica a la escuela de auxiliares de enfermería y actualizó un currículo de salud materna y reproductiva; diagnosticó la pericia de los proveedores en salud; realizó un estudio de seroprevalencia de la sífilis materna y congénita; elaboró manuales para la prevención y control de la sífilis; capacitó al personal de salud en el diagnóstico y tratamiento de la sífilis; incorporó la eliminación de la sífilis congénita en el Seguro Básico de Salud; consolidó un manual de atención obstétrica esencial y de comunicación interpersonal; multiplicó la capacitación de médicos y otros profesionales en salud con el nuevo currículo en hospitales y centros de capacitación; 30 centros de salud ejecutaron acciones culturalmente apropiadas para la mujer y el niño; y adiestró a un total de 291 profesionales en salud.

MotherCare trabajó con el Ministerio de Salud y Previsión Social en la elaboración, aprobación y publicación de los *Protocolos para la aten-*

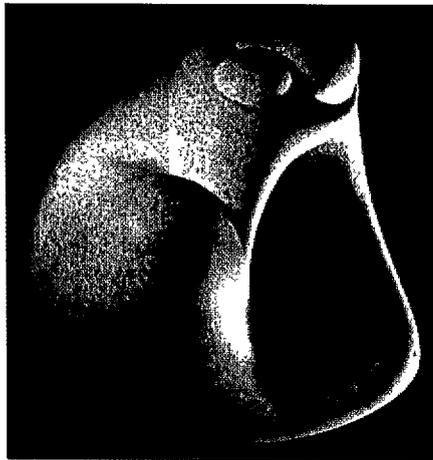
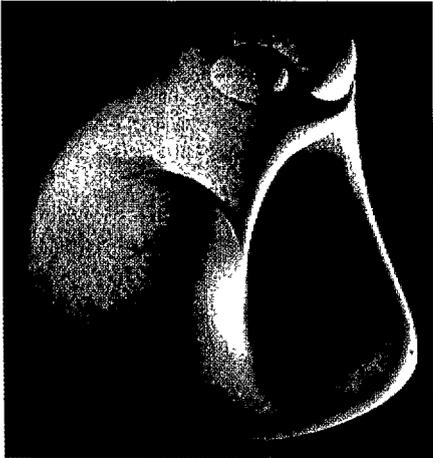
Bolivia



ción a la mujer y al recién nacido; realizó un estudio de costos y lo divulgó en 7 distritos; se enviaron recomendaciones para mejorar la cobertura de tabletas de sulfato ferroso; prestó asistencia para examinar y revisar el sistema de información en salud y el Plan Nacional de Eliminación de la Sífilis; incorporó en el currículo de las universidades la temática de la maternidad sin riesgo; y elaboró un plan nacional de sostenibilidad que lo presentó al Ministerio de Salud y Previsión Social.

MotherCare alcanzó una cobertura de población de 655.500 personas y un universo de 161.600 mujeres en edad reproductiva, con una población de impacto de 26.500 embarazos esperados y 24.300 partos esperados.

El Proyecto ofreció asistencia a 117 servicios



de salud del I y II nivel; 8 hospitales, 48 centros de salud y 61 puestos sanitarios, actuando y recogiendo experiencias en toda la pirámide del servicio.

La formación y capacitación en el desarrollo del proceso tuvo un impacto en los proveedores de salud distribuidos en toda la estructura profesional: 15 médicos obstetras y 127 médicos generales en el nivel académico superior, 41 licenciadas en enfermería y 204 auxiliares de enfermería en el nivel técnico.

En el orden territorial, el Proyecto abarcó dos departamentos (La Paz y Cochabamba), habiendo tenido impacto en 20 municipios territoriales y en más de 100 comunidades rurales.

En el orden institucional trabajó a nivel sectorial desde los puestos sanitarios hasta el Ministerio cabeza de sector, y en el orden nacional, desde los gobiernos locales y municipales hasta la Presidencia de la República.

A nivel étnico se trabajó con los pueblos aimara y quechua, y en el orden internacional está irradiando su experiencia en varios países, donde se han suscrito acuerdos de intervención sobre la base del proyecto MotherCare.

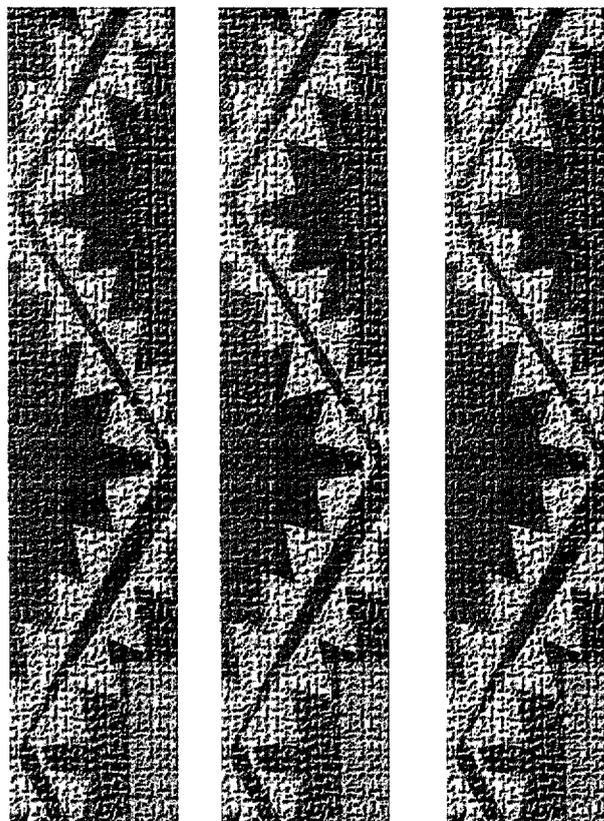
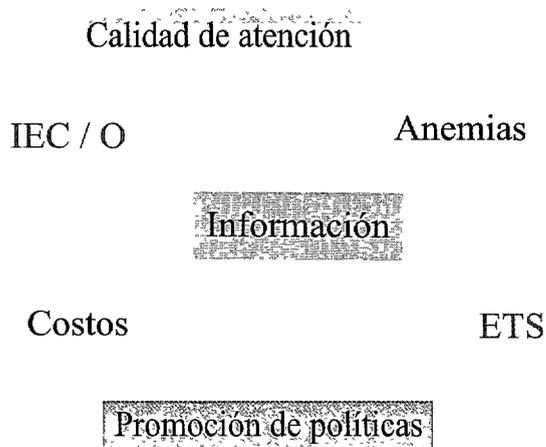
Capítulo 2

Los componentes

1. Calidad, calidez y adecuación intercultural de la atención obstétrica y perinatal

Para apoyar las acciones del sector salud, MotherCare Bolivia planteó una serie de actividades y objetivos para identificar y solucionar problemas en el campo de la salud materna y perinatal. Una de las intervenciones planteadas fue la *estrategia de capacitación* para la detección y referencia oportuna de casos de complicación materna y perinatal por el personal de salud en el primer y segundo nivel de atención (ver Fig. 1).

Junto con el *Estudio de necesidades de capacitación* (MotherCare, 1996) y el *Diagnóstico: Barreras y viabilizadores en la atención de complicaciones obstétricas y neonatales* (1996), el Proyecto propuso la creación de instrumentos y alternativas de normalización que, de acuerdo al camino de la supervivencia materna y perinatal (ver Fig. 1 del Capítulo I), aportan y apoyan al proveedor de servicios de salud en su objetivo de prestar una atención adecuada a las embarazadas y sus niños, preparando al personal para el



diagnóstico oportuno, mejorando la referencia y buscando el cambio de actitud para una atención con calidad y calidez. Igualmente, se propuso a través de acciones concretas mejorar en la comunidad el autodiagnóstico de complicaciones obstétricas y neonatales y el acceso rápido a los servicios de salud (Proyecto Warmi, 1990).

Fue importante definir el rol del personal de salud en los *cuidados esenciales de la atención*

obstétrica y perinatal en los diferentes niveles.

Por su parte, la identificación de las barreras interpuestas entre la comunidad y los servicios, así como las formas de solución, permitieron definir los objetivos sobre la capacitación y sus contenidos.

Para mejorar la calidad y calidez de la atención en los servicios de salud se trazaron las siguientes intervenciones:

Intervenciones	Resultados esperados
<p>1. <i>Elaboración de normas y protocolos de atención a la mujer y al recién nacido</i> orientados hacia la atención de las complicaciones obstétricas y perinatales.</p>	<p>Mejorar la calidad de atención.</p>
<p>2. <i>Elaboración del currículo de capacitación</i> en complicaciones obstétricas y perinatales, y comunicación interpersonal y orientación, como apoyo para la capacitación del personal de salud del I y II niveles de atención, internado rotatorio de Facultades de Medicina, Enfermería y Escuelas de Auxiliares de Enfermería.</p>	<p>Mejorar la calidad y calidez de la atención y apoyo logístico al reciclaje del conocimiento en servicio (autoreciclaje, trabajo en equipo).</p>
<p>3. <i>Creación y funcionamiento de Centros de capacitación</i> en hospitales de III nivel para el manejo de complicaciones obstétricas y perinatales. Hospital de la Mujer en La Paz y Germán Urquidí en Cochabamba.</p>	<p>Apoyo logístico a la educación permanente en servicio.</p>
<p>4. <i>Capacitación del personal de salud</i> para mejorar la detección y la referencia oportuna de casos de complicación por niveles de atención. Capacitación de capacitadores y capacitación de proveedores de salud.</p>	<p>Mejorar la calidad de la atención.</p>
<p>5. <i>Supervisión capacitante y evaluación</i> del personal capacitado en sus servicios de salud (supervisión y evaluación de campo).</p>	<p>Mejorar la calidad y calidez de la atención.</p>

Producción de materiales

El objetivo del proyecto MotherCare fue desde un inicio apoyar las acciones del Ministerio de Salud y Previsión Social de Bolivia en las estrategias para disminuir la morbilidad materna y perinatal, promoviendo intervenciones para mejorar la calidad y capacidad resolutoria de complicaciones obstétricas y neonatales.

MotherCare Bolivia, a través de investigaciones primarias sobre acceso, uso y necesidades insatisfechas en la población objetivo, planteó la necesidad de crear instrumentos para mejorar las habilidades y destrezas clínicas y de comunicación de los proveedores del I y II niveles de atención para el manejo de las complicaciones maternas y perinatales. La propuesta planteada permitió desarrollar tres instrumentos básicos: 1) Los protocolos nacionales de atención a la madre y el recién nacido en el I y II niveles de atención; 2) La creación de un currículo de capacitación para el manejo de complicaciones obs-

tétricas y perinatales; y 3) El manual de técnicas y procedimientos para la atención obstétrica y perinatal complementario a ambos.

El gobierno, a través de una Resolución Ministerial, aprobó el primero y se estableció el primer parámetro normativo conformándose la Norma Boliviana de Salud.

Protocolos de atención a la mujer y el recién nacido (Norma Boliviana de Salud, NB-SNS-02-96)

Este instrumento normativo fue elaborado durante 1996 por especialistas en el área materna y neonatal y comunicación, junto con un equipo de asesoramiento técnico de la Secretaría Nacional de Salud y de MotherCare Bolivia. Más de 40 personas participaron en la revisión y colaboraron con la validación especialistas, médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, comunicadores y expertos de las áreas técnicas.

Este manual fue elaborado para contener y transmitir información normativa sobre más de 60 complicaciones maternas y perinatales, así como los capítulos respectivos para la orientación del cuidado de la madre y el recién nacido. Un aspecto fundamental fue la introducción de temas de comunicación interpersonal y orientación y el método de resolución de problemas, aspectos clínico-metodológicos para mejorar la comunicación del personal de salud con las madres, sus familias y la comunidad de manera tal que se incremente la utilización de los servicios.

De este instrumento se distribuyeron 10.000 ejemplares a todas las organizaciones e instituciones del Estado, así como a los proveedores de los servicios de salud de todo el país.

Durante 1997 y 1999 los procesos de supervisión permitieron a MotherCare observar el uso de la norma en los distritos en los cuales desarrolló su trabajo. La evaluación de los resulta-



dos y su análisis permitió demostrar que el 75% de los distritos de salud asignados usaron la norma, mientras en otros distritos similares fue menor al 15%.

Esta actividad permitió también hacer entrega de los resultados al Ministerio de Salud y Previsión Social y diseñar el primer taller de evaluación normativa, revisión y actualización para su nueva edición 2000. Cerca de 30 personas, entre proveedores, técnicos del Ministerio de Salud y Previsión Social, personal de la reforma en salud e invitados especiales de agencias internacionales de cooperación técnica trabajaron en su desarrollo, completándose así el ciclo del proceso de normalización de atención a la madre y el recién nacido para el I y II niveles de atención.

Currículum de capacitación para el manejo de complicaciones obstétricas y perinatales

En 1996, durante un período corto de consultorías nacionales, se elaboró el primer instrumento de capacitación denominado *currícula de capacitación en complicaciones obstétricas y perinatales y comunicación interpersonal y consejería para el I y II niveles de atención*, cuyo documento en borrador sirvió para iniciar el proceso de capacitación de capacitadores.

Desde un inicio y con la colaboración de expertos de varias organizaciones se trabajaron temas de importancia como: comunicación interpersonal y consejería (hoy “orientación”); conocimiento de las barreras y viabilizadores de los servicios y la comunidad para el acceso a la atención; control prenatal con calidad y calidez; la trascendencia en la atención del parto humanizado y el puerperio promoviendo el desarrollo intercultural (servicios culturalmente sensitivos); uso de la lactancia y la amenorrea

(MELA), como método introductorio y de orientación para la planificación familiar; la diversificación e introducción de temas como sexualidad y género; y otros de aplicación clínica y práctica como la reanimación neonatal, todos de trascendental importancia para la salud materna y del recién nacido.

El objetivo fundamental de este trabajo fue crear un instrumento de enseñanza para capacitar al personal de salud del I y II nivel de atención del Ministerio de Salud y Previsión Social en el manejo de complicaciones obstétricas y neonatales. Este instrumento debiera ser aplicado en el marco de la educación de adultos, con una audiencia de distintos niveles de escolaridad, adaptarse a diferentes niveles de escolaridad y a situaciones diversas en el proceso de enseñanza y aprendizaje, además de constituirse en un modelo de instrumento de auto-capacitación y reciclaje permanente. Al profesional con baja práctica en la enseñanza de adultos debe permitirle incluir, modelar y ganar rápidamente experiencia en la capacitación de la práctica clínica, motivarlo a un diálogo intercultural y mejorar su concepto de oferta de calidad en el servicio.

Se realizaron talleres de capacitación que sirvieron para desarrollar y mejorar su aplicación metodológica. Más de 300 personas del I, II y III nivel de atención de salud, entre auxiliares de enfermería, enfermeras, médicos provinciales, especialistas gineco-obstétricas y pediatras neonatólogos, validaron y propusieron modificaciones importantes. Como resultado de este trabajo de equipo se definió que el currículo sea aplicado, siempre que sea posible, con grupos multidisciplinarios, ya que las contribuciones de los distintos niveles de atención permiten concatenar distintas como valiosas visiones. Colaboraron en su primera edición los 24 capacitadores entrenados en el manejo de complicaciones obstétricas y perinatales (especialis-

tas, licenciadas de enfermería, expertos en el área materna). Un equipo de consultores bolivianos e internacionales incorporaron las lecciones aprendidas durante la capacitación y desarrollaron los dos documentos finales: Libro I, *Guía del capacitador* y Libro II, *Guía del participante*.

Uno de los trabajos esenciales, antes de realizar la presentación final del *Currículo de capacitación para el manejo de complicaciones obstétricas y perinatales y comunicación interpersonal y orientación*, fue lograr la culminación de su readecuación, con modificaciones de forma y fondo que le permitieran conseguir los objetivos de capacitación para personal de I y II nivel de atención.

Talleres de revisión y actualización del currículo

El equipo técnico de MotherCare Bolivia revisó y readecuó los *Módulos de capacitación* orientándolos al manejo sindromático de la complicación; se confeccionaron nuevas de listas de verificación para la práctica clínica con el apoyo técnico de MotherCare Washington; paralelamente, se mejoró la *Guía de prácticas* y se inició la revisión del *Manual de técnicas y procedimientos*.

En marzo de 1998 se organizaron talleres de actualización y se presentaron las nuevas estrategias a las Jefaturas de Departamento Materno-Infantiles de las Universidades.

Se realizaron presentaciones magistrales de los diferentes contenidos del currículo, haciendo hincapié en las modificaciones realizadas, revisando por capítulos, contenidos generales, objetivos teórico prácticos, manejo de casos y pruebas de evaluación a los capacitadores luego de la revisión de contenidos.

Se crearon convenios inter-institucionales para poder plasmar los objetivos de *maternidad segura*, la atención obstétrica y perinatal “esencial” y su aplicación en la enseñanza universita-

ria; promover la formación de proveedores con criterios de calidad, calidez y eficiencia, y contribuir al mejoramiento y modernización de los contenidos y del currículo universitario de las Facultades de Medicina y Escuelas de Enfermería de La Paz y Cochabamba.

En abril de 1998 se realizaron las presentaciones preliminares del currículo a las autoridades universitarias de Cochabamba y La Paz. El apoyo a los objetivos planteados por MotherCare Bolivia fue unánime, comprometiéndose todos a llevar adelante el proceso y coadyuvar en su desarrollo a corto, mediano y largo plazo.

En noviembre de 1998 las autoridades de ambas universidades firmaron convenios. La Universidad de La Paz lo incorporó como documento oficial de la Biblioteca de Medicina (Tomo 36), y en Cochabamba se lo hizo en forma similar. Las resoluciones compartieron la aprobación de la Asociación Latinoamericana de Facultades de Medicina (ALAFEM), con lo que concluyó la fase de incorporación del documento en estas casas superiores de estudio. Se incluyeron en el currículo las correspondientes resoluciones de los Consejos Facultativos (336-98 LPZ, 132-98 CBBA), y concluyó la primera edición del documento.

Los decanos y las autoridades universitarias plantearon la necesidad de monitoreo y asesoramiento técnico permanente.

Manual de técnicas y procedimientos obstétricos y perinatales

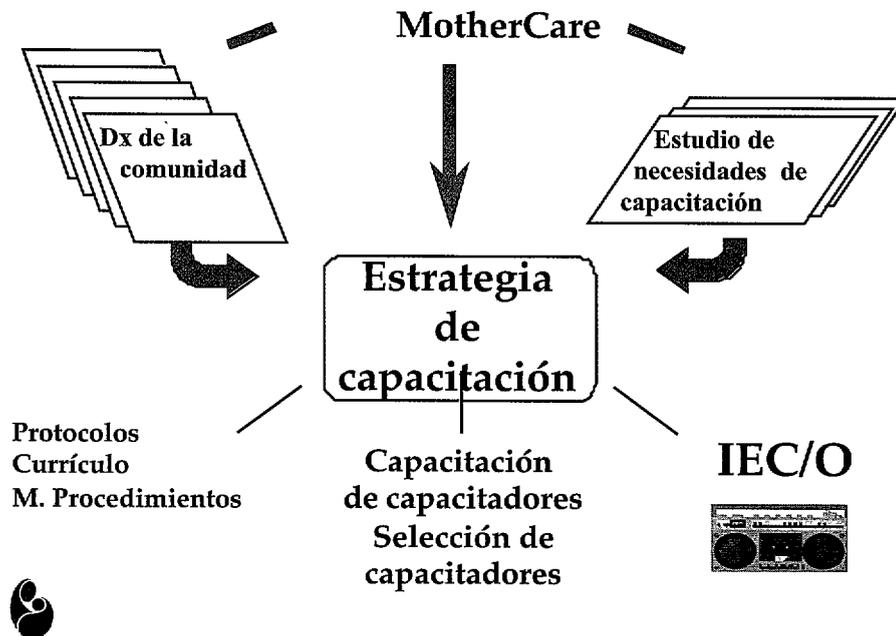
La producción del *Manual de técnicas y procedimientos obstétricos y perinatales* se realizó entre 1996 y 1998, en un trabajo de consultoría que identificó los contenidos y nuevos esquemas dirigidos a la práctica. La edición incluye una serie de fotografías de interés. Este documento complementa y aporta al uso de la *Norma* y el *Currículo de capacitación*.

Se presentó oficialmente el manual a todas las instituciones que trabajan en el área de la salud sexual y reproductiva y al Ministerio de Salud y Previsión Social. Este remarcó la importancia de la producción del instrumento, su inclusión en la Norma y la necesidad de incluirlo en el proceso de acreditación hospitalaria por su contenido de orientación. La Universidad Mayor de San Andrés de La Paz, por su parte, pidió su incorporación como Tomo 37 en la Biblioteca de Medicina.

Este manual tuvo el éxito esperado en su aplicación durante los cursos de capacitación realizados por la Carrera de Enfermería de La Paz y creó una demanda insatisfecha por su escaso tiraje. Este instrumento, así como el currículo de capacitación, se complementan durante la aplicación de la práctica tutorizada.

Capacitación

A principios de 1998, durante dos semanas y con la intervención de expertos nacionales y extranjeros en el área materno-perinatal y comunicación interpersonal y orientación, fueron capacitados 43 profesionales de III nivel de atención (obstetras, neonatólogos y licenciados de enfermería). El objetivo fundamental fue formar capacitadores en el manejo de complicaciones maternas y perinatales y en comunicación interpersonal y orientación, y que a su vez pudieran llevar adelante el curso de capacitación para proveedores de salud del I y II nivel de atención. De los 43 capacitados se seleccionaron 24; 12 para el Centro de capacitación de Cochabamba y 12 para el de La Paz.



Capacitación de proveedores

Con el enfoque metodológico de educación de adultos, basado en competencias, se inició el proceso de capacitación para proveedores de salud en las dos ciudades.

La capacitación estuvo orientada a cuatro objetivos fundamentales:

1. Mejorar las destrezas y habilidades para el cuidado de la madre y el recién nacido y el manejo de sus complicaciones.
2. Mejorar la comunicación entre la mujer, su familia, la comunidad y los proveedores de servicios de salud.
3. Mejorar el manejo de registros.
4. Mejorar el trabajo en equipo para la identificación y resolución de problemas obstétricos y neonatales.

Centros de capacitación

Se conformaron dos centros de capacitación, uno en la Paz y otro en Cochabamba ubicados en hospitales de III nivel de atención, Hospital de la Mujer y Maternidad Germán Urquidí, respectivamente. Estos Centros fueron equipados con laboratorios de aprendizaje práctico, equi-

po audiovisual, maniqués, videos y materiales educativos que permiten al personal de salud en entrenamiento mejorar sus destrezas y habilidades clínicas y el acceso a la “práctica simulada”, manejo de casos, juego de roles, sociodramas y otros.

En total se realizaron 12 cursos de capacitación para médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sector público en el manejo de las complicaciones obstétricas y perinatales de los 7 distritos asignados al Proyecto.

Tiempo de duración de la capacitación

La duración de la capacitación fue de 20 días hábiles y se estimó un número no mayor de 25 proveedores a capacitarse en cada curso.

Se utilizaron 20 horas para los temas de comunicación interpersonal y orientación, y 8 horas para el manejo de registros; 60 horas teórico prácticas en temas de MELA, manejo de complicaciones obstétricas y perinatales, y sexualidad y género; y un total de 176 horas de práctica en roles diurnos y nocturnos por los diferentes servicios de maternidad, neonatología (áreas médicas y de enfermería).

La capacitación fue tutorizada en grupos de cuatro personas por roles interdiarios. Se em-



plearon listas de verificación para el seguimiento de la práctica clínica y comunicacional.

Se realizaron las siguientes evaluaciones:

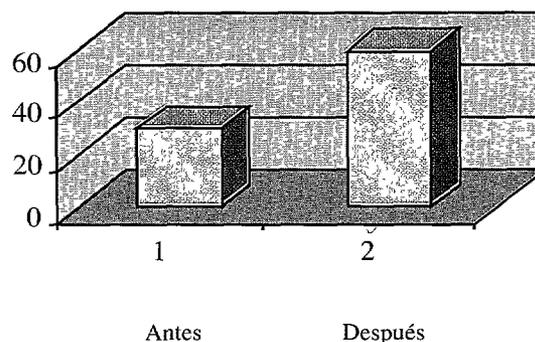
- Evaluación diaria de la capacitación.
- Evaluación a los capacitadores.
- Pre y post-pruebas teóricas y prácticas para cada tema.

Resultados de la capacitación

Se capacitó a un total de 291 personas, entre médicos, licenciadas de enfermería y auxiliares de enfermería. 75% de cobertura. (ver Cuadro 1).

El nivel de conocimientos después de la capacitación muestra un incremento del 30% (media obtenida de los resultados finales en los 12 cursos de capacitación).

Ganancia de conocimientos = 30 %



Cuadro 1

**Total de proveedores capacitados
(Distritos MotherCare, 1997.1998 MSPS)**

Ocupación/profesión	Tipo de establecimiento			Total
	Puestos de salud	Centros de salud	Hospitales de distrito	
Médicos de provincia	-	49	23	72
Enfermeras	1	29	8	38
Auxiliares de Enfermería	42	113	26	181
Total	43	191	57	291

Del total de capacitados (n=291), el 25% (72) eran médicos; 13 % (38), enfermeras; y 62% (181), auxiliares de enfermería (período de capacitación entre 1997-1998).

Los auxiliares de enfermería, que cumplen la función principal y esencial de cubrir las necesidades de atención del I nivel de atención, tuvieron un mayor aprovechamiento que el resto de los capacitados; fue el grupo con mayor motivación y respuesta al proceso y reconocimiento de los objetivos primarios de la capacitación.

Supervisión de la capacitación

MotherCare ha llevado a cabo actividades de supervisión capacitante de los proveedores de salud en sus lugares de trabajo para determinar el grado de aplicación de lo aprendido y reactualizar a los mismos *in situ*. Durante 1997-

1998 se logró supervisar y actualizar al personal capacitado del 100% de los hospitales, el 50% de los centros de salud y el 25% de los puestos sanitarios, con visitas de supervisión capacitante a los capacitados.

El componente de supervisión capacitante cuenta con una *Guía de supervisión capacitante en CI/O*, además de dos “listas de verificación del desempeño” en esta área. Esta guía toma en cuenta la filosofía, el concepto, los tipos y etapas de la supervisión capacitante, y presenta una metodología para aplicar esta supervisión en servicios de salud de I y II nivel de atención. Finalmente, contiene una descripción del uso de los instrumentos.

Contenido del currículo de capacitación

- *Comunicación interpersonal y orientación:*
 - *Barreras y viabilizadores en la atención de complicaciones obstétricas y neonatales*
 - *Venciendo barreras de la comunicación.*
 - *Introducción a la comunicación interpersonal y orientación*
 - *Habilidades y destrezas de la comunicación interpersonal y orientación*
 - *Método de resolución de problemas (ACNM)**
 - *Utilización y planificación de la estrategia IEC/O por una maternidad segura en los servicios de salud.*
- *Sexualidad y Género.*
- *Método de Lactancia y Amenorrea (MELA).*
- *Manejo de Historia Clínica, Carnet Perinatal, partograma, uso de instrumentos de diagnóstico: gestograma, cinta métrica, estetoscopio de Pinard.*
- *Control prenatal, manejo del trabajo de parto, manejo del parto y puerperio normales*
- *Manejo de complicaciones en el embarazo (pre-eclampsia, eclampsia, hemorragias de la 1ª y 2ª mitad del embarazo, anemia del embarazo, infección urinaria, rotura prematura de membranas, embarazo prolongado, feto muerto y retenido).*
- *Manejo de complicaciones en el parto y puerperio (trabajo de parto prolongado, atención del parto podálico, hemorragia post-parto, infecciones de la mama, infecciones gineco-obstétricas).*
- *Manejo del recién nacido complicado (con asfixia, pretérmino y de bajo peso, insuficiencia respiratoria, ictericia neonatal, infecciones del recién nacido).*

* American College of Nursing and Midwives

Resultados esperados de la capacitación

Se espera que el personal capacitado al retornar a los servicios:

- *Aplique los conocimientos y practique las habilidades y destrezas aprendidas* para el manejo de las complicaciones maternas y perinatales, y la comunicación interpersonal y consejería (orientación).
- *Utilice los materiales de IEC y campaña radial producidos* para la atención de las complicaciones obstétricas y perinatales.
- *Utilice instrumentos básicos en la atención de la madre y el recién nacido* (tecnología apropiada de acuerdo al nivel de atención).
- *Planifique con el equipo de salud acciones prioritarias dentro de los servicios* con la comunidad y hacia ella.
- *Recicle al personal de salud “no capacitado”* en el uso de metodologías y manejo de casos aprendidos en los cursos de capacitación.
- *Aplique el “método de resolución de problemas”* para la resolución de casos.
- *Motive y oriente al personal de salud no capacitado en sus áreas de trabajo.*
- *Forme grupos de educación y reciclaje permanente en sus servicios* con las guías y manuales utilizados durante la capacitación (autocapacitación).
- *Realice el seguimiento y análisis en equipo de los “casos complicados”* observados en los diferentes niveles para definir o redefinir acciones.
- *Maneje libros de registro y archivos clínicos adecuadamente* para el manejo de la información.
- *Aproveche la información del monitoreo para la toma de decisiones.*

Servicios de salud culturalmente adecuados: *Amigos de la mujer y el recién nacido*

Otro componente importante del trabajo de MotherCare Bolivia, y que acompaña al anterior, es el de *servicios de salud culturalmente adecuados: “Amigos de la mujer y el recién nacido”*. A través de este componente se proporcionó material pertinente para que los servicios de salud sean culturalmente adecuados para la comunidad andina. En el currículo y la capacitación se presentó a 291 proveedores de salud las barreras y viabilizadores que hacían que las

mujeres utilizaran o no los servicios de control pre-natal, parto y post-parto ofrecidos por el sistema institucional de salud, así como los resultados sobre la predisposición de los proveedores a la adopción de cinco prácticas andinas del parto.

Para realizar esta actividad de partió del estudio *Diagnóstico: Barreras y viabilizadores en la atención de complicaciones obstétricas y neonatales* (MotherCare, 1996). En dicho estudio, las mujeres embarazadas, sus esposos y familiares indican que una de las razones para no asistir a los servicios de salud materno-infantiles es que éstos no toman en cuenta sus costumbres y prácticas durante el parto, y que por ello

prefieren tener sus hijos en sus hogares puesto que allí sí pueden ejercer estas costumbres. El diagnóstico mencionado anteriormente, basándose en un estudio realizado por Denise Y. Arnold y Juan de Dios Yapita (1995) que detalla las prácticas del parto de algunas comunidades aimaras, pregunta a los proveedores de salud cuán dispuestos están a incorporar las prácticas andinas en el servicio de parto.

De las 10 prácticas identificadas —devolución de placenta; presencia de familiares durante el parto (esposo, madre suegra, etc.); presencia de la partera en el parto; posición de cuclillas para dar a luz; mujer embarazada abrigada para evitar el sobreparto; ingestión de mates durante el trabajo de parto; saumerio durante el parto; corte del cordón umbilical con cerámica; manto y privacidad— los proveedores indicaron que estarían de acuerdo en incorporar en sus respectivos servicios de salud cinco de ellas, según el siguiente orden de prioridad: 1) Devolución de placenta; 2) Presencia de familiares durante el parto (esposo o pareja, madre suegra, etc.) y presencia de la partera en el parto; 3) Posición de cuclillas para dar a luz; 4) Mantener a la mujer embarazada abrigada todo el tiempo para evitar el sobreparto¹; y 5) Privacidad.

De acuerdo a este diagnóstico se incorporó en el currículo y la capacitación información sobre estas prácticas del parto de la comunidad.

¹ Sobreparto tiene dos significados diferentes. De manera genérica, el término identifica a todos o por lo menos la mayoría de los signos y síntomas de las complicaciones puerperales (sepsis, hemorragia, etc.). En este contexto, el sobreparto está asociado al concepto de “recaída”, entendido en el parto como enfermedad. Es decir, la madre “no se ha curado” bien del parto por haber estado expuesta al frío y presenta dolores similares o peores aun que los del parto. Por otro lado, en su significado específico, alude a la sintomatología occidental de la sepsis puerperal: escalofríos, temblores, fiebre, dolor del bajo vientre y mal olor en los genitales (cfr. *Diagnóstico*, 1996).

Es así que los 291 proveedores de salud capacitados fueron informados y elaboraron un plan de adopción de las mismas en sus servicios. De los 100 servicios de salud del I y II nivel asignados a MotherCare por el Ministerio de Salud y Previsión Social se eligieron a aquellos 30 que ofrecían servicios de parto, y se les proporcionó el siguiente material:

- Uniformes quirúrgicos de color celeste para que el esposo o pareja, madre o suegra de la parturienta ingrese a la sala de parto;
- Uniformes quirúrgicos de color amarillo para que la partera ingrese a la sala de parto;
- Frazadas para mantener a la mujer abrigada;
- Colchones de espuma (1mx1m) forrados de cuerina para que la mujer embarazada pueda dar a luz de cuclillas; y
- Bolsas de plástico para devolver la placenta.

Conclusiones sobre la oferta

El personal capacitador y el capacitado deben ser motivados continuamente durante la capacitación para el cambio y desarrollo de nuevas actitudes. La falta de apoyo y seguimiento continuo hacen corta su sostenibilidad en el tiempo.

La aplicación de listas de verificación para la práctica clínica como modelo de tutoría compromete en el capacitador un mayor tiempo durante el asesoramiento. Aunque las listas de verificación aumentan el grado de satisfacción del aprendizaje, también aumentan los tiempos de tutoría. Los proveedores se sienten más seguros cuando utilizan las listas de verificación para realizar el seguimiento de la práctica clínica. Por su lado, los tutores ven sus tiempos útiles acortados y llenos de trabajo.

Los docentes que intervienen en el proceso de capacitación tienen en su mayoría baja experiencia y entrenamiento en la capacitación de

adultos y manejo de técnicas participativas para trabajo con grupos de personas, lo que disminuye la eficacia y eficiencia de la capacitación. La capacitación de proveedores, por tanto, debe fortalecer esta área.

La masificación del personal en maternidades (residencia, internado, estudiantes de medicina, escuelas de enfermería y de auxiliares y otros) han dificultado la práctica durante la capacitación.

El personal capacitador no percibe salario por realizar la capacitación, lo que resta su compromiso y sostenibilidad en los procesos, aunque estos compromisos estén establecidos en sus reglamentos y funciones hospitalarias. El capacitador asume una responsabilidad que se suma a sus habituales funciones de prestador de servicios, lo que le resta compromiso para su desempeño en los procesos de capacitación.

Después de la capacitación, el personal de salud del I y II nivel tiene una baja permanencia en los servicios de salud debido a su gran rotación, lo que disminuye a la larga el impacto de las intervenciones.

El reciclaje continuo del personal de salud en servicio debe ser una complementación necesaria al curso de capacitación.

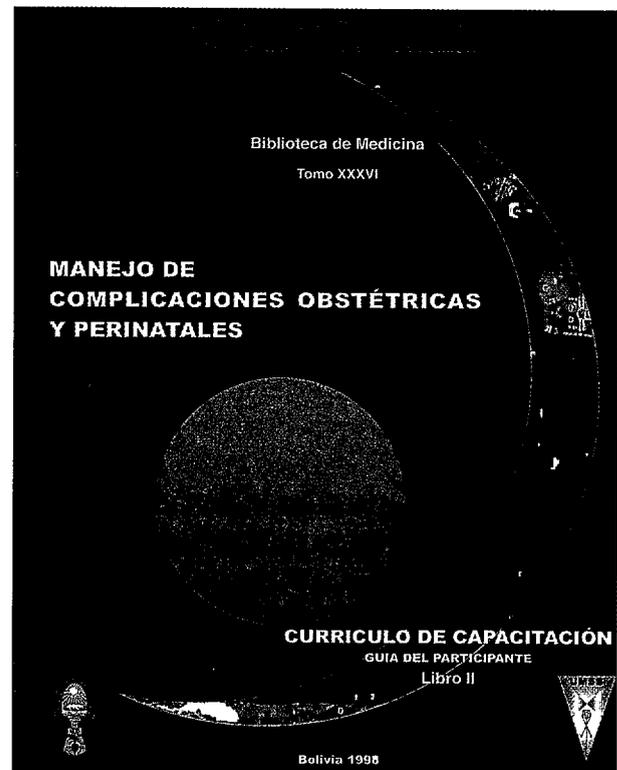
El currículo de capacitación ha sido aplicado y sirve como modelo de «autocapacitación» en el servicio. El personal supervisado en algunos servicios ha conformado equipos de estudio y ha utilizado el currículo y el manejo de casos para la práctica en servicio.

La integración del currículo de capacitación en las universidades, para el manejo de complicaciones obstétricas y perinatales y de comunicación interpersonal y consejería, ha sido un paso fundamental para el proceso de reforma. Este aspecto ha sido promovido por la Universidad Mayor de San Andrés de La Paz y San Simón de Cochabamba y sus Carreras de Medicina y Enfermería. Ha sido también un paso para la capacitación de las auxiliares de enfermería de la Escuela Técnica de Salud de Cochabamba.

Recomendaciones

Es importante involucrar como capacitadores al «personal de planta» de la emergencia obstétrica y perinatal que rota constantemente por los servicios hospitalarios (especialistas, residentes).

El número de participantes en cursos de capacitación para proveedores no debe exceder la capacidad instalada de un centro de capacitación, ya que la organización y el rendimiento disminuyen. El número excesivo de personas en formación en hospitales de III nivel disminuye la posibilidad del acceso a la práctica; por tal motivo, la planificación y estimación de su capacidad debe ser considerada antes de organizar un curso de capacitación en emergencias obstétricas y perinatales. Es importante tomar en cuenta la habilitación de cursos en hospitales de II nivel con coberturas importantes de atención de partos y número de recursos humanos adecuados para el desarrollo de la capacitación.



Es necesario comprometer y motivar a los proveedores de salud para el uso continuo del currículo de capacitación. Esta actividad debe permanecer viva en los servicios de salud, y la supervisión capacitante debe ser un atributo fundamental para su apoyo.

Durante la capacitación de proveedores se debe conformar grupos heterogéneos (mezclar médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) para mejorar y estimular el trabajo en equipo. Los resultados de la capacitación han tenido un impacto en la formación de equipos y en la mejora de la red de servicios. Permitió planificar y desarrollar estrategias en los flujos de atención para la formación de redes.

Deben desarrollarse cursos a distancia que provean capacitación de adultos para la atención materna y perinatal. Este aspecto puede aliviar el tiempo de estadía en aulas y mejorar el trabajo y uso de laboratorios de práctica simulada.

Debe modificarse el currículo en las instituciones formadoras de recursos humanos desde los niveles básicos, orientando sus contenidos a los objetivos primarios de la atención esencial. Esto permitirá reducir el tiempo de la práctica a temas específicos y de orden prioritario.

Se deben trabajar paralelamente convenios para el desarrollo continuo y mejora del currículo de capacitación, así como del proceso normativo con universidades, escuelas e institutos formadores de recursos humanos.

Se deben buscar estrategias para mantener el mayor tiempo posible al personal de salud capacitado en sus servicios y así mejorar el rendimiento e impacto de las intervenciones a largo plazo.

Se deben establecer compromisos para modificar el currículo universitario y de las escuelas formadoras de recursos humanos y transformar el modelo de capacitación actual.

Se necesitan reforzar los objetivos fundamentales de la formación de recursos humanos para buscar una consecuencia lógica con las estrategias y políticas de salud.

Es necesario integrar el uso del currículo de capacitación para el manejo de complicaciones obstétricas y perinatales en los modelos y estrategias de capacitación de recursos humanos dependientes del Ministerio de Salud y Previsión Social. Este aspecto permitirá sistematizar y estandarizar la capacitación para lograr el objetivo estratégico de disminuir la morbi-mortalidad materna y perinatal.

Es necesario integrar el currículo de capacitación y sus diferentes capítulos en la currículo universitario y en los diferentes niveles de la enseñanza académica. El *camino de la supervivencia materna y perinatal*, la comunicación interpersonal y la orientación, el conocimiento y estudio de las barreras y viabilizadores para la atención, así como el uso de materiales de IEC/O que permitan reconocer y aplicar las prácticas culturales del país. Estos contenidos pueden ser incluidos antes de ingresar en el pregrado, así como otros de apoyo para la práctica en el pregrado, como manejo de registros, sexualidad y género y temas introductorios a la planificación familiar.

Debe incluirse la capacitación en el sistema de entrenamiento y reciclaje del personal de salud de los servicios de salud del I y II nivel de atención, tanto públicos como privados en el ámbito nacional.

Debe incluirse el modelo de supervisión y evaluación en el proceso de post-capacitación, para que de forma continua y permanente sirva para reciclar, monitorear sistemáticamente el uso de los instrumentos normativos, vigilar el manejo de habilidades y destrezas y la utilización de la información para la toma de decisiones, referencia, contrareferencia y la formación de equipos integrados en la red de atención.

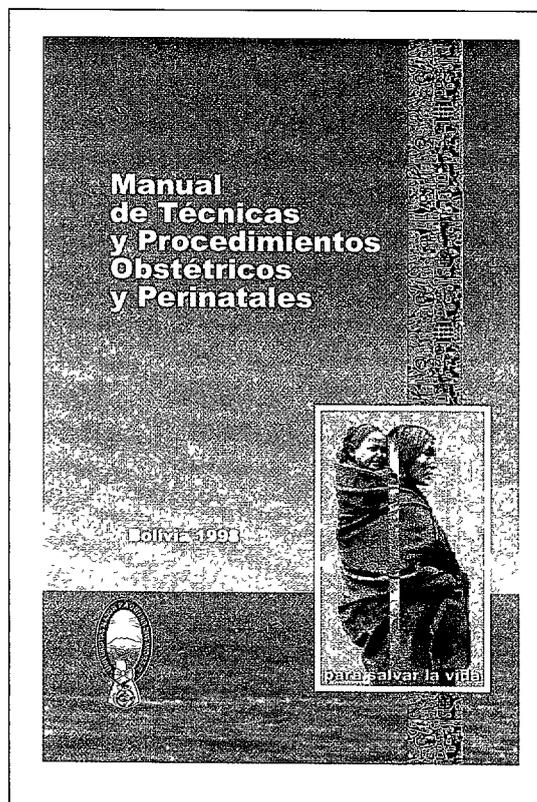
Se recomienda especialmente el uso de un paquete de instrumentos de utilidad para el desarrollo de la capacitación integral de los recursos humanos (Norma Boliviana de Salud, Currículo de Capacitación, Manual de Técnicas y Procedimientos, Libros de Registro y otros de apoyo para la capacitación); integrar el uso de materiales de laboratorio para la práctica simulada (maniqués, videos y otros) para el desarrollo de todo el proceso (capacitación, supervisión, evaluación), además del uso de listas de verificación para el monitoreo, la logística y suministros, la supervisión y la evaluación del desempeño integrados como guía integral de supervisión para los diferentes niveles de atención.

Se recomienda el desarrollo de la investigación continua y permanente para el desarrollo de materiales de capacitación en las organizaciones e instituciones formadoras de recursos humanos en coordinación directa con el personal de salud de los servicios. Esto permitirá la validación de los instrumentos y la aceptación de los materiales producidos para el desarrollo de los programas. La motivación continua del personal de salud en este proceso comprometerá su participación.

Es necesario generar procesos de capacitación comunitaria basados en las estrategias y políticas normativas y desarrollar investigaciones activo-participativas para una mejor utilización de los recursos socioculturales y económicos.

Lecciones aprendidas

Las investigaciones de MotherCare, tanto aquellas para evaluar las necesidades de capacitación, como las investigaciones cualitativas sobre el uso de servicios y el estudio de prevalencia de las complicaciones maternas y perinatales, permitieron desarrollar una estrategia de capacitación a partir del uso de la norma y preveer el desarrollo de un currículo de capacitación para el manejo de complicaciones obstétricas y perinatales.



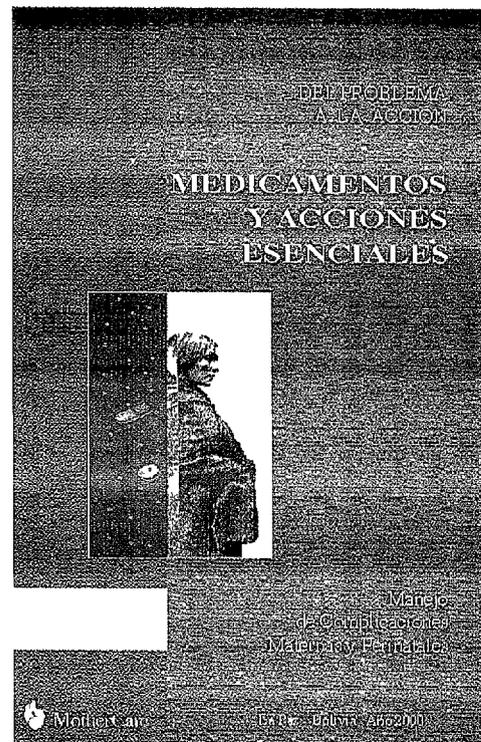
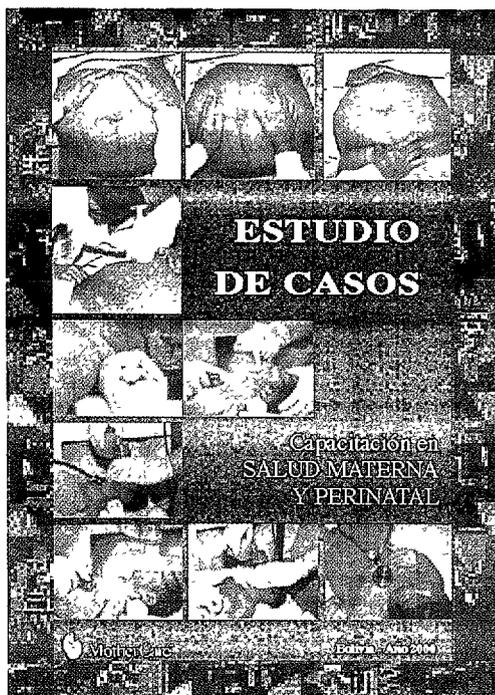
Todas las investigaciones realizadas en el campo mencionado sirvieron para estructurar el modelo de capacitación integrada en 60 complicaciones maternas y perinatales y el uso e introducción de capítulos fundamentales para el desarrollo de los recursos humanos.

El *método de resolución de problemas*, como instrumento básico de capacitación en este modelo, fue un complemento excelente en el paquete de manejo integral de la capacitación, y como modelo integrador de los procesos vivenciales del personal capacitado, inclusive con diferentes grados de escolaridad. Este método originó estrategias y flujos de atención para la referencia y contrareferencia y permitió modelar el concepto de organización para la resolución de problemas. Por último, sirvió para mejorar los equipos de atención y conformar más objetivamente la red de referencia y su manejo.

Hubo aceptación y apertura a los temas de comunicación interpersonal y orientación, interculturalidad, sexualidad y género por parte de los capacitadores y de los proveedores de salud.

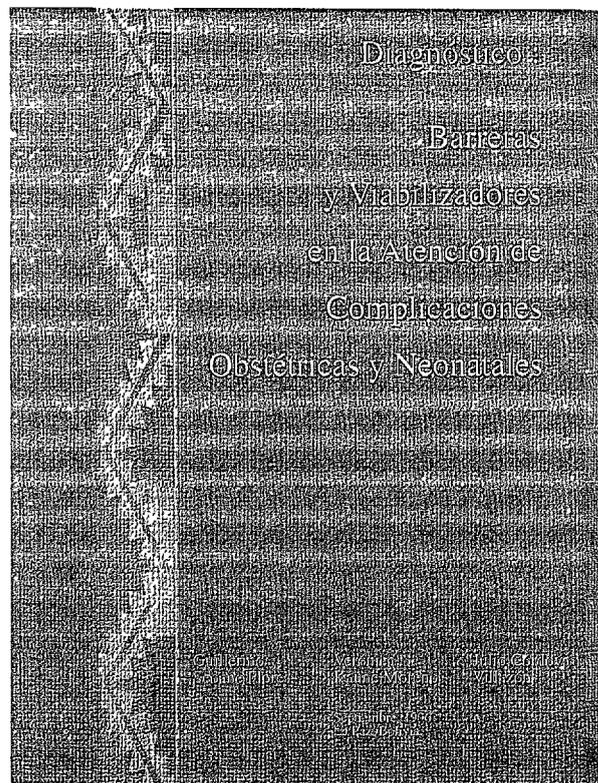
El modelo integral de capacitación sirvió para crear estrategias de aplicación de la capacitación en diferentes niveles. Si bien fue planeado inicialmente para capacitar personal de salud del I y II nivel de atención, la experiencia en 12 cursos de capacitación permitió crear una estrategia de introducción de los capítulos curriculares en la enseñanza académica de dos universidades del país.

La supervisión y la evaluación de la capacitación permitió probar en el terreno instrumentos de orden técnico, así como metodologías para observar *in situ* la aplicación de la Norma Nacional y ver las deficiencias del sistema para el mantenimiento del personal capacitado. Estas actividades permitieron al Proyecto tener una idea más clara de las recomendaciones para el cambio metodológico y la producción de estrategias innovadoras de capacitación en esta área, así como redefinir contenidos, propuestas y recomendaciones para la optimización de la capacitación en escuelas, universidades y otras instituciones del Estado.



2. Cómo lograr calidez y adecuación intercultural: IEC/O¹ y participación comunitaria

Para la elaboración, aplicación, supervisión, monitoreo y evaluación de la *estrategia de IEC/O por una maternidad segura* se tomaron en cuenta el modelo del *Camino de la supervivencia materna y perinatal de MotherCare* (1991), y cuatro modelos de cambio de conducta (Martin Fishbein, 1980: *Teoría de la acción razonada*; Albert Bandura, 1986: *Teoría del aprendizaje social cognitivo*; Marshall Becker, 1974: *Teoría de las creencias de salud*; y J O. Prochaska, 1983: *Modelo integrado del cambio*). Asimismo, se consideraron los principios de planeamiento estratégico en comunicación para la salud de HealthCom y la Universidad de Johns Hopkins. Además, se tomaron en cuenta 6 de 10 *Mensajes de acción por una maternidad segura* especificados en Sri Lanka (1997). Se analizaron los conocimientos, actitudes y comportamientos hallados en la investigación formativa. Se llevaron a cabo cuatro investigaciones formativas que sirvieron como base para elaborar la presente estrategia: a) *Análisis situacional de los servicios de salud* (Castrillo, Seoane, et al. 1995), donde se determina la capacidad de IEC/O de los servicios de salud con los que MotherCare trabajaría; b) *Validación de términos obstétricos y neonatales en la comunidad* (Kaune, 1995), donde se identificaron los términos que la comuni-



¹ Información, educación, comunicación y orientación.

dad utiliza para referirse a las diferentes complicaciones obstétricas y neonatales; c) *Diagnóstico: Barreras y viabilizadores en la atención de complicaciones obstétricas y neonatales* (1996), donde se identificaron las barreras y viabilizadores que impiden o ayudan a que las mujeres embarazadas, sus parejas o esposos y familia acudan y utilicen los servicios de salud; d) *Diagnóstico de las necesidades formativas del personal de salud en la capacitación en salud materna y neonatal* (Metcalf, 1996), donde se determinó las necesidades de capacitación de los proveedores con quienes MotherCare trabajaría.

Todos los estudios y estrategias se llevaron a cabo en los 7 distritos de salud del trabajo de MotherCare.

Descripción general

La estrategia de IEC/O, *por una maternidad segura*, ha sido aplicada por el Ministerio de Salud y Previsión Social y por el Despacho de la Primera Dama, y está siendo utilizada por estas instancias, además de MotherCare.

Población beneficiaria:

Las audiencias de la estrategia IEC/O son:

- a) Audiencia primaria: mujeres embarazadas y mujeres en edad reproductiva del área rural y peri-urbana aimara y quechua;
- b) Audiencia secundaria: parejas o esposos, proveedores de salud y responsables de tomar decisiones.

Objetivos para la comunidad:

Incrementar el número de mujeres embarazadas y de sus parejas o esposos para que puedan: a) reconocer los signos y señales de peligro de cinco complicaciones obstétricas y cuatro neonatales; b) tomar las acciones apropiadas y factibles cuando éstas se presentan; c) acceder

oportunamente a los servicios materno-infantiles; y d) utilizar estos servicios.

Objetivos para los proveedores de salud:

Incrementar el número de médicos, enfermeras y auxiliares que puedan: a) mejorar la calidad de atención a través de la valoración y adaptación a las costumbres y necesidades de las comunidades en las que trabajan; y b) utilizar las habilidades y destrezas de la comunicación interpersonal y orientación en los servicios de salud.

Otras características:

El logo de la estrategia ha sido diseñado considerando la cosmovisión andina: el fondo negro representa el pensamiento andino que indica que de la nada nace todo; la Luna y el Sol tienen varios significados: lo femenino y lo masculino; la fertilidad, el eclipse, la fecundación, el embarazo.



El slogan fue *Una decisión oportuna por una maternidad segura*. El tono de los mensajes son desafiantes, asertivos, movilizadores, triunfantes.

La campaña radial ha sido elaborada en tres idiomas: castellano, aimara y quechua.

Componentes

La estrategia, dirigida al área rural y peri-urbana del altiplano y los valles, se encuentra dividida en cuatro componentes.

El primer componente lo constituyen los materiales impresos interactivos y audiovisuales (un spot televisivo, seis volantes o panfletos, cinco afiches y un rotafolio); y el segundo, una campaña radial (una radionovela de 60 capítulos: “Diario de un destino”; 20 cuñas dirigidas a los esposos y parejas de mujeres embarazadas; cinco cuñas publicitarias, tres canciones y un resumen); ambos contaron con el asesoramiento técnico de MotherCare y fueron realizados por la empresa de comunicación Hipnosis. La estrategia ha sido elaborada en coordinación con el Ministerio de Salud y Previsión Social, la Dirección Nacional de Mujer, Niño y Nutrición, el Comité Técnico Nacional por una Maternidad Segura y el Comité de IEC del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

Material impreso interactivo

Se han producido seis impresos para la comunidad y tres para los proveedores de salud.

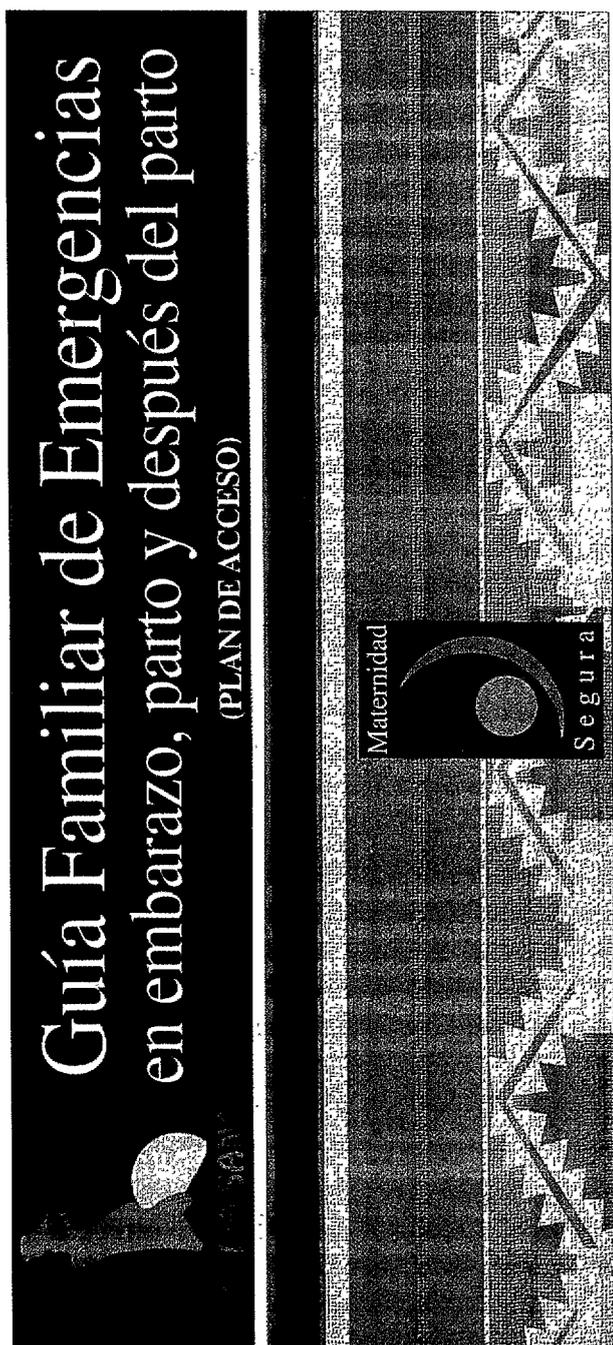
Todo el material impreso fue elaborado con la idea de tener una aplicación interactiva y que sirviera a los proveedores de salud para establecer contactos con las usuarias, para explicarles acerca de las complicaciones obstétricas y neonatales, para que conozcan sus derechos y tengan un plan de acceso establecido en caso de presentarse alguna complicación durante el embarazo, parto, post-parto o en su recién nacido. Está pensado para los niveles I y II de atención, que cuentan con el tiempo requerido para dicha interacción, y para ser distribuido en los servicios de salud. Contiene ilustración y poco texto; si las usuarias no saben leer, los proveedores de salud pueden hacerlo fácilmente para ellas.



Como mujer embarazada tengo derecho en el Servicio de Salud:

- a recibir buen trato**
- a tener por lo menos 4 consultas antes del parto**
- a recibir información para tomar mis decisiones**
- a que respeten mis costumbres**





Material impreso para la comunidad:

Invitación al servicio de salud, para aquellas mujeres embarazadas que no acuden a sus controles pre-natales. Es otorgado por los responsables populares de salud.

Plan de acceso: Guía familiar en caso de emergencias durante el embarazo, parto y después del parto y el recién nacido, para que las mujeres embarazadas y sus parejas tengan un plan de acceso a un servicio de salud en caso de presentarse un emergencia obstétrica o neonatal. Se lo brinda y llena durante la consulta pre-natal

Lista de preguntas: ¿Qué más necesito saber sobre mi embarazo? Son preguntas que las mujeres embarazadas señalaron que desearían hacer a los proveedores de salud, pero que se ofuscaban cuando estaban frente a ellos. Les sirve de ayuda memoria para que las recuerden en el momento de su entrevista.

Afiche y volante: Derechos de la mujer embarazada. Contiene algunos de los derechos que las mujeres embarazadas solicitaron durante la investigación formativa que se incluyeron en él.

Afiche: Señalización del control pre-natal. Este afiche ayuda a que la mujer embarazada que no sabe leer o que nunca ha realizado un control prenatal identifique rápidamente dónde está el servicio materno en cualquier servicio de salud.

Volante: Publicidad de la emisión de la radionovela "Diario de un destino" Este volante informa a la población objetivo, en castellano, aimara y quechua, sobre los horarios y días de emisión de la radionovela. Fue distribuido en mercados, ferias, tiendas, servicios de salud y casa por casa.

Material impreso para los proveedores:

Afiche: *Comunicación interpersonal y consejería.* Es un afiche que señala el compromiso de los y las proveedoras de salud de trabajar *por una maternidad segura* con calidad y calidez, y respetando los valores y costumbres de la comunidad.

Rotafolio: *Complicaciones obstétricas y neonatales.* Contiene 15 láminas con las respectivas explicaciones para las usuarias sobre cinco complicaciones obstétricas y cuatro neonatales, además de cuatro temas de salud integral de la mujer: *lactancia materna; anemia y sulfato ferroso; planificación familiar* (espaciamiento intergenésico); y *enfermedades de transmisión sexual.*

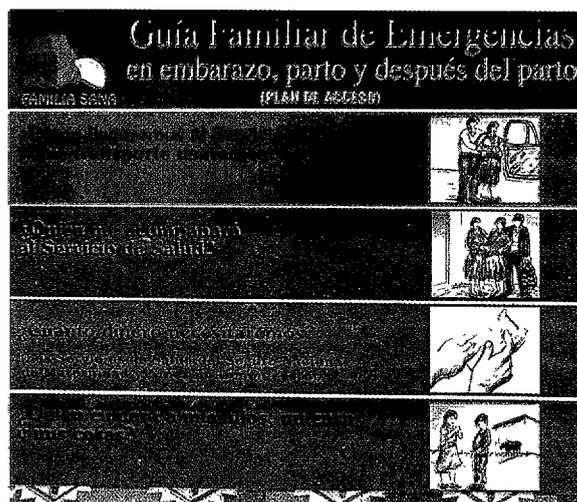
Afiche: *Flujograma logístico de referencia.* Ayuda tanto al proveedor como a la comunidad a identificar otros lugares donde se puede acceder en caso de que el servicio de salud donde se encuentra esté cerrado, o no cuente con la tecnología apropiada para resolver una complicación obstétrica o neonatal.

Producción, distribución y difusión

Puesto que el material impreso sería distribuido durante cada consulta prenatal, se determinó, a través de los datos del SNIS y los libros de registro de los 100 servicios de salud asignados, el número de controles prenatales estimados para el año 1997, y de acuerdo con ello se produjo 15.000 ejemplares de cada material pequeño (trípticos, volantes y panfletos) y 2.500 de los afiches.

Sin embargo, debido a que los registros de controles prenatales para ese año fueron estimados por debajo de la realidad, para la segunda producción, distribuida a principios de 1999, se decidió duplicar la tirada de los materiales pequeños a 30.000 por cada volante, tríptico y panfleto.

Se distribuyó a los servicios el material de pequeño formato según el número de controles pre-





natales estimados; y los afiches, dependiendo del tipo de servicio: tres copias en los puestos, seis en los centros y 10 en los hospitales de distrito y maternidades.

Las entregas se realizaron acompañadas de un formulario otorgado por MotherCare, un formulario de recepción que firmaba cada director de servicio, un formulario de solicitud de material y un formulario de informe de distribución trimestral.

Campaña radial

La radio, por ser el medio de comunicación de mayor alcance social en Bolivia, es un importante instrumento de información y educación, sobre todo en el área rural. Se realizó una campaña radial utilizando los formatos de radionovela y de radio serie (cuñas radiales). La campaña estuvo especialmente dirigida a las mujeres embarazadas, mujeres en edad fértil y sus

esposos o parejas y familiares que no acudían a los servicios de salud y que vivían en zonas rurales alejadas. Asimismo, contenía espacios destinados a los proveedores de salud. Fue elaborada en tres idiomas: castellano, quechua y aimara.

Radionovela:

La radionovela, mediante una serie de recursos creativos, cuya principal característica fue recrear historias de la vida real, con énfasis en mujeres embarazadas y sus esposos o parejas, cumplió con el objetivo principal de informar sobre el tema de *maternidad segura*.

Tres ejes narrativos conforman la estructura de la radionovela emitida:

Eje 1: Indica la línea del argumento. El personaje principal, una enfermera, Isabel Guardia, decide volver a su pueblo natal, Tari, para encontrar a una hermana suya que nació cuando su madre, al tenerla, falleció a causa de una complicación obstétrica. Isabel no sabía de la existencia de esta hermana, hasta que su padre, antes de morir, le encomendó buscarla y volver a su origen aimara.

Eje 2: Narra situaciones en torno al servicio de salud. Son hechos que suceden en el servicio de salud de Umamaya, población cercana al pueblo originario de Isabel Guardia. En ese servicio se presentan varias situaciones clínicas: complicaciones obstétricas y neonatales, controles prenatales, etc.

Eje 3: Describe paso a paso el proceso del embarazo complicado, a través de dos personajes. Justina inicia su embarazo con anemia, pero sigue todas las recomendaciones que le señala el médico durante su consulta pre-natal; toma sulfato ferroso, tiene un plan de acceso en caso de emergencia, y da finalmente a luz en el servicio de salud sin problemas. Luzmila, en cambio, tiene un embarazo no deseado; se niega a realizar los con-

troles pre-natales y decide no ir al servicio de salud a dar a luz, con lo cual se complica su caso y fallece.

La radionovela utilizó como concepto esencial la coexistencia entre el mundo andino y el occidental; se desarrolla en el área rural y periurbana. Son 60 capítulos, cada uno de 20 minutos, en los cuales escuchamos historias con drama, suspenso, romance, humor y fantasía que cuentan las experiencias de siete personajes principales.

Radio serie (cuñas radiales):

La radio serie contiene mensajes informativos para que la población adquiriera conocimientos que le permita tomar decisiones y esté informada cuando se presentan complicaciones obstétricas o neonatales. Este formato está específicamente dirigido a la pareja o esposo de la mujer embarazada, quién, de acuerdo al diagnóstico realizado, es la persona que decide si se debe o no acudir al servicio de salud. La radio serie consta de 20 cuñas radiales divididas en cuatro temas: hemorragia; distocia; sepsis puerperal; y complicaciones respiratorias del recién nacido.

Asimismo, la campaña ofrece un resumen en 12 minutos de la radionovela “Diario de un destino”; tres canciones, una en castellano, otra en aimara y otra en quechua; cinco cuñas publicitarias; y un manual sobre cómo aplicarla en medios masivos o en sesiones educativas.

Difusión

La radionovela se emitió cuatro veces a lo largo de dos años², con una publicidad de tres semanas antes de cada emisión. Cada emisión duraba tres meses. Cada día se pasaba un capítulo,

² Julio y septiembre de 1997 en La Paz y Cochabamba, respectivamente; febrero de 1998, mayo de 1999 y agosto de 1999 en La Paz y Cochabamba.

10 cuñas dirigidas a esposos, y la canción en el idioma correspondiente.

La campaña radial, por su parte, además de las transmisiones regulares programadas, fue ampliamente solicitada para su difusión por la gran mayoría (350) de las radios locales, departamentales y nacionales, debido a lo cual se produjo adicionalmente 400 maletines que contenían un manual de uso de la campaña radial en medios masivos y en sesiones educativas, 60 capítulos de la radionovela “Diario de un destino”, 20 cuñas dirigidas a esposos o parejas de mujeres embarazadas y en edad fértil, cinco cuñas publicitarias de la radionovela, una canción y un resumen.

Este material se distribuyó también al Ministerio de Salud y Previsión Social, a los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) de todo Bolivia, a los 7 distritos de salud donde trabaja MotherCare, a 30 servicios de salud asignados a MotherCare, a los hospitales de distrito, y a algunas organizaciones nacionales e internacionales que así lo solicitaron, como la OMS, la OPS, UNICEF, USAID y CARE, entre otras. A finales de 1999, el Ministerio de Salud y Previsión Social produjo 250 maletines adicionales para ser distribuidos en los diferentes servicios de salud del país.

Pre-prueba de materiales impresos y de campaña radial

Todos los materiales elaborados y diseñados por Hipnosis fueron realizados bajo la supervisión y el apoyo técnico de MotherCare; todo el material impreso, el resumen de 12 minutos de la radionovela “Diario de un destino”, un capítulo piloto, las cuñas radiales y las canciones fueron validadas por la empresa Diagnosis, mediante entrevistas profundas y grupos focales a mujeres embarazadas, mujeres en edad fértil, esposos o parejas y proveedores de salud en los distritos de salud de La Paz y Cochabamba donde trabaja MotherCare. Asimismo, todo este mate-

rial fue revisado por expertos, comunicadores sociales, antropólogos, sociólogos, especialistas en cosmovisión andina, autoridades del Ministerio de Salud y Previsión Social, del Viceministerio de Género, Generacionales y Familia, del Comité de IEC del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, el Comité por una Maternidad Segura, y por expertos de varias ONGs nacionales e internacionales. Las recomendaciones de mejora y cambios fueron incorporados. Estos informes están a disposición.

Además del diagnóstico que brindó información sobre los canales de comunicación, la empresa Diagnosis llevó a cabo un estudio de audiencia radial en parejas o esposos de mujeres embarazadas y en edad fértil para determinar los horarios exactos de audiencia en los departamentos de La Paz y Cochabamba. Todos estos insumos sirvieron para diseñar el plan de difusión de la campaña radial.

Capacitación en el uso del material

291 proveedores de salud fueron capacitados en el uso del material impreso interactivo y la campaña radial durante los cursos de *manejo de complicaciones obstétricas y neonatales* y comunicación interpersonal y orientación.

Supervisión

La estrategia fue supervisada cuatro veces. Las personas que supervisaron la ejecución de la estrategia fueron profesionales de MotherCare-Bolivia y pasantes de la Universidad de UCLA. La supervisión aseguró que el material educativo se encontrara en los lugares donde correspondía y que fuera utilizado como se había indicado durante los cursos de capacitación.

Monitoreo

A fines de 1997, al concluir la primera emisión de la radionovela “Diario de un destino”, la empresa Diagnosis llevó a cabo una evaluación de audiencia de la radionovela en La Paz y Cochabamba. Esta evaluación mostró que se ha-



¡Atención

... y confianza es lo mejor que podemos dar a las personas que nos necesitan.

Una mujer embarazada debe ser escuchada, estar bien informada y sobre todo sentirse respetada con sus valores y costumbres.

Nosotros estamos trabajando para una Maternidad Segura y nos sentimos comprometidos a hacerlo.

MotherCare

bían elegido las emisoras y los horarios adecuados y que la audiencia de la radionovela era importante.

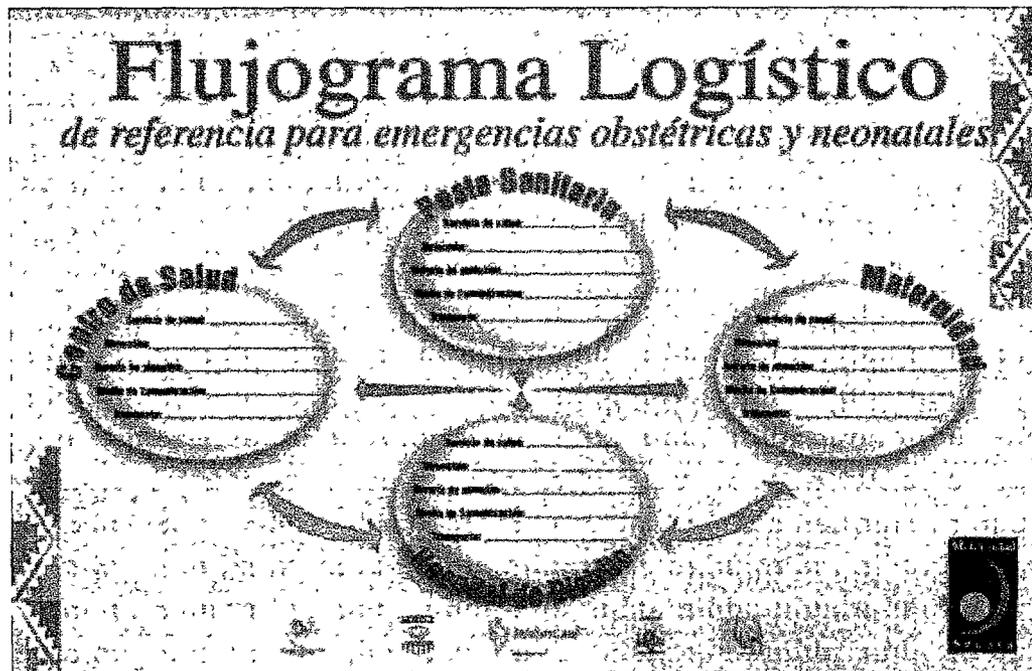
Asimismo, se pudo constatar que la radionovela lograba llegar eficazmente con los mensajes de *maternidad segura* a la población objetivo. El 51% de los entrevistados indicó que la radionovela ayudaba a reconocer los signos y señales de peligro en caso de complicaciones obstétricas y neonatales; y otro 33%, que ayudaba a que las personas piensen en la necesidad de tener un plan de acceso para utilizar los servicios de salud en caso de presentarse complicaciones. Otros datos importantes de este estudio son: “Diario de un destino” fue la radionovela más escuchada (62%); el 93% de los que escucharon gustó de ella por su carácter educativo y de entretenimiento; un 64% escuchó y gustó de las cuñas radiales dirigidas a esposos y parejas.

De igual forma, se hizo un monitoreo de la emisión de los capítulos, cuñas radiales y canciones. Una persona en La Paz y otra en Cochabamba elegían al azar tres días por semana, du-

rante 12 semanas por cada emisión, para verificar si las cuñas, canciones y capítulos se emitían a las horas acordadas. Así, de presentarse algún problema, se lo solucionaba de inmediato.

La estrategia *por una maternidad segura* ha dado lugar al desarrollo de otros tres componentes de especial importancia: *la capacitación a proveedores de salud en el uso de la estrategia de IEC/O por una maternidad segura*, que pone al alcance de éstos la utilización de habilidades y destrezas de comunicación interpersonal y orientación; *los servicios de salud culturalmente adecuados*, “Amigos de la mujer y el niño”, que ensayan la adopción de cinco costumbres de la comunidad durante el parto, mencionadas anteriormente; y *la participación comunitaria*, que permite a la comunidad apropiarse y utilizar por sí misma los contenidos de la estrategia.

Hemos hablado ya en páginas anteriores sobre los dos primeros; sólo nos resta hacer un resumen sobre lo realizado en materia de *participación comunitaria*.



Participación comunitaria

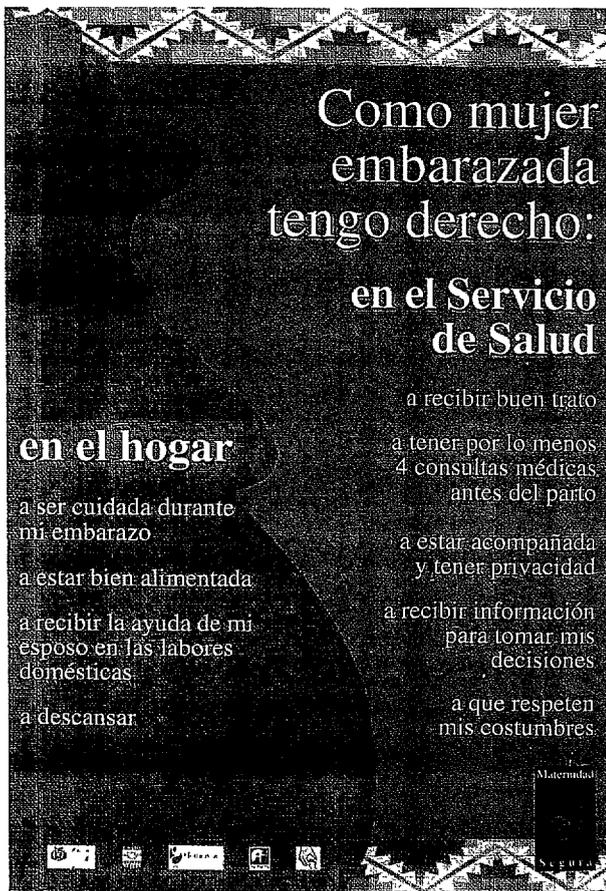
Como producto de las reflexiones, los técnicos de MotherCare sugirieron utilizar los hallazgos del *Diagnóstico* y de la *Estrategia IEC/O por una maternidad segura* directamente en las comunidades donde trabajaba MotherCare.

Este estudio y estrategia fueron los insumos principales de discusión con mujeres embarazadas, sus esposos o parejas, familias, parteras y líderes de la comunidad. Se invitó también a los servicios de salud cercanos a participar del esfuerzo, y fue ejecutado por MotherCare y pasantes de la Universidad Católica y de la UMSA entre febrero de 1998 y septiembre de 1999.

De este modo, el componente de *participación comunitaria por una maternidad segura* se aplicó como experiencia piloto en dos comunidades rurales del distrito Ingavi/Los Andes y en

un barrio del distrito El Alto II que durante 1997 tuvieron el mayor número o porcentaje de complicaciones obstétricas y neonatales, según el estudio de monitoreo de MotherCare (1997).

Se brindó 14 sesiones educativas utilizando los materiales impresos y la campaña radial, enseñando a la comunidad a reconocer los signos y señales de cinco complicaciones obstétricas (hemorragia, pre-eclampsia, eclampsia, distocia y sepsis puerperal), cuatro neonatales (complicaciones respiratorias, infección de ojos y ombligo, ictericia del recién nacido y recién nacido con bajo peso o prematuro) y cuatro temas de salud de la mujer embarazada (lactancia materna inmediata, anemia y sulfato ferroso, espaciamiento intergenésico y prevención de las enfermedades de transmisión sexual). Asimismo, se realizaron simulacros de emergencias obstétricas y neonatales, propios del *plan de acceso*, y se capacitó a líderes de la comunidad en la continuidad y sostenibilidad de las sesiones educativas.



Metodología de trabajo

a) Lugar

- Se identificó tres comunidades que muestren tener los más altos índices de mortalidad materna. Una en el distrito El Alto II, en un barrio llamado Villa Santiago Segundo, y dos comunidades rurales del distrito de salud Ingavi/Los Andes, llamados Tiawanacu y Guaqui.
- Se trabajó en coordinación con los servicios de salud que se encontraban en las comunidades elegidas.

b) Coordinación y participación

Se coordinó con los servicios departamentales de salud de La Paz y Cochabamba, SEDES y DILOS municipales, sindicato agrario, sindicato campesino, directiva comunal y Juntas Vecinales para lograr:

- El permiso de trabajar en cada comunidad o barrio.
- Conformar un equipo de trabajo compuesto por mujeres embarazadas, parteras y personas afines para participar en talleres educativos sobre maternidad segura.
- Reunir a los equipos de trabajo en talleres por una *maternidad segura*.
- Capacitar a por lo menos dos personas en cada comunidad para que sostengan el trabajo en el futuro.
- Apoyar en actividades de IEC/O a los servicios de salud, *amigos de la mujer*, que se encuentran en estas comunidades.

c) Insumos para lograr el trabajo

- Memorandum de entendimiento para hacer el trabajo con las instancias pertinentes.
- Diagnóstico de la comunidad y servicios de salud: Barreras y viabilizadores en la atención de complicaciones obstétricas y neonatales.*
- Estrategia de IEC/O, por una maternidad segura.*

Dos hechos importantes surgieron a lo largo de la ejecución de este componente. En primer lugar, el protocolo de aplicación del mismo consideró la formación de Comités locales por una *maternidad segura*. A pesar de que se hizo el intento de conformarlos, no se pudo pues ocasionó conflictos de poder entre las autoridades, líderes de la comunidad, informantes claves y miembros de la comunidad.

El segundo acontecimiento fue muy alentador. Uno de los participantes de las sesiones educativas, que a la vez fue capacitado como líder en el pueblo de Tiawanacu durante los talleres de salud materna, identificó y reconoció una complicación obstétrica, siguió el *camino de la sobrevivencia materna y perinatal* de MotherCare, logrando que su madre tome una decisión oportuna, decida ir al

servicio de salud, cuente con un plan de acceso viable y utilice el servicio de salud.

El participante y líder identificó que su madre había manchado con sangre su ropa. Le indicó que esto era muy peligroso y que debían ir al servicio de salud. La acompañó al más cercano, pero encontrando que éste estaba cerrado, y sabiendo que sólo contaban con dos horas (información adquirida en los talleres de maternidad segura), decidieron tomar un minibus y dirigirse al Hospital de la Mujer de la ciudad de La Paz, donde finalmente resolvieron el problema. Ahora la madre se encuentra sana, salva y realizando su trabajo cotidiano sin ningún problema.

Conclusiones

Demanda

Las personas que escucharon la radionovela, en comparación con las que no la escucharon, demuestran en general un mayor reconocimiento de complicaciones obstétricas y neonatales, mayor valoración de su gravedad, 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 presentarse las mismas.

Las mujeres embarazadas y puérperas que usaron los servicios materno-infantiles de los servicios capacitados afirman en mayor proporción que las que fueron a los no capacitados que los proveedores de salud utilizan material educativo e interactivo de la estrategia (rotfolio, derechos de la mujer embarazada y plan de acceso), que tienden a incorporar más las costumbres de la comunidad en la atención del parto, que usan más el calendario para el consumo de pastillas de hierro, y que informan más sobre planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual.

El impacto final de la estrategia *por una maternidad segura* no es uniforme, ni en todos los segmentos ni en todas las variables estudiadas.

El segmento que demuestra un mayor impacto de la radionovela en sus actitudes y percepciones es el de las mujeres embarazadas y 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 y los esposos o parejas de éstas no demuestran un impacto importante, pues las complicaciones obstétricas y neonatales no son parte de su vivencia cotidiana.

Veamos algunas diferencias en cuanto al impacto de la estrategia:

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 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 los servicios de salud:

- Se observó un mayor impacto de la estrategia en el uso de material educativo e 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.
- Las habilidades y destrezas de comunicación interpersonal y orientación han sido aplicadas para hablar de las costumbres tradicionales del parto, anemia, planificación familiar y ETS a las mujeres embarazadas.

Es decir, los servicios de salud han demostrado una mayor apertura a adoptar nuevas prácti-

cas, pero las actitudes y los valores son menos permeables a la estrategia de MotherCare. 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.

Para que las intervenciones de IEC/O logren mayor cobertura, éstas deben ser expandidas durante el tiempo, para así incrementar el porcentaje de personas expuestas a los mensajes. Esta conclusión está apoyada en los datos que muestran que en cada grupo estudiado el porcentaje de personas que espontáneamente nombraban complicaciones obstétricas y neonatales es menor al 30%. Sin embargo, cuando el entrevistador nombró una complicación y le preguntó si ésta era “muy peligrosa” o “poco o nada peligrosa”, o qué tipo de acción se debería tomar, los porcentajes se incrementaron al 70-90%. La clave es saber que estas complicaciones pueden ocurrir y actuar apropiadamente cuando ocurren. Las intervenciones de IEC/O incrementaron regularmente el porcentaje de personas capaces de responder positivamente a las variables estudiadas sugiriendo que estas intervenciones aumentan el conocimiento de las complicaciones obstétricas y neonatales y la intención de actuar e ir a los servicios de salud cuando éstas se presentan.

La *participación comunitaria* debe ser expandida a otras comunidades, pues ayuda a que las personas que participan de ella sigan el *camino de la supervivencia materna y perinatal* de MotherCare, reconociendo los signos y señales de peligro obstétricos y neonatales, tomando la decisión de utilizar los servicios de salud en caso de presentarse estas complicaciones, y contanto con un plan de acceso a los servicios. Se pudo observar también que no sólo mejoran en sus conocimientos, actitudes y prácticas las personas que participan de este componente: estas personas, a su vez, influyen en las normas de la comunidad favoreciendo la disposición de acudir al servicio de salud cuando es necesario.

El ejercicio de simulacro en caso de emergencias ayuda a que los servicios de salud también practiquen el proceso de tratar una emergencia.

La capacitación de líderes es un mecanismo de reconocimiento de las capacidades por parte de los miembros de la comunidad que ayuda a que el tema de *maternidad segura* sea sostenible.

El apoyo de estudiantes de las universidades como pasantes es de gran utilidad para lograr los esfuerzos de participación comunitaria.

Es importante indicar que, inicialmente, se tenía planeado organizar Comités de Maternidad Segura; pero esta estrategia creó conflictos de poder entre los miembros de la comunidad. Por lo tanto, se decidió suspender esta estrategia, y en su lugar realizar simulacros en caso de emergencia.

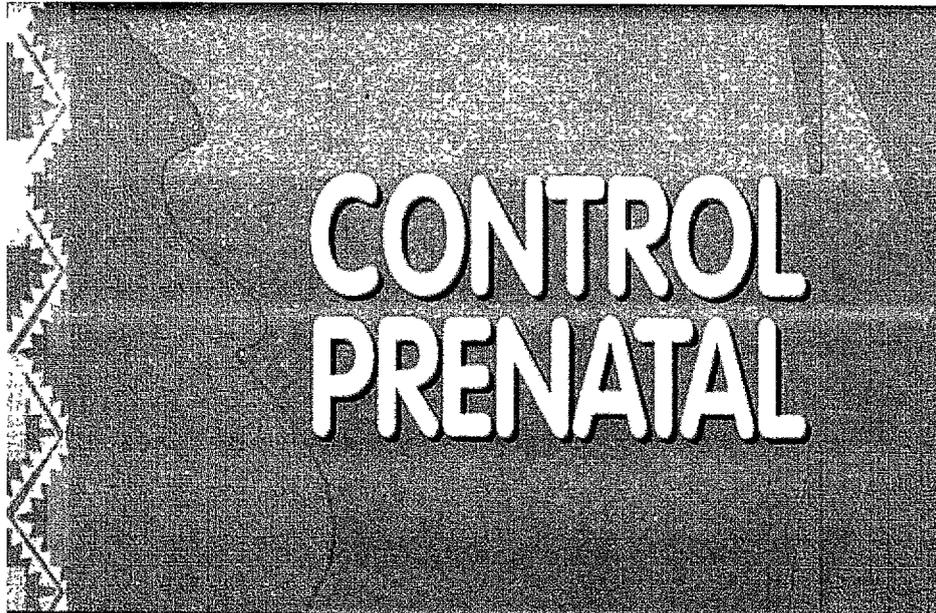
Oferta

El personal capacitado por MotherCare tiende a utilizar las habilidades y destrezas de comunicación interpersonal y orientación más que el no capacitado.

Los servicios de salud asignados y capacitados por MotherCare-Bolivia tienden a adoptar cinco prácticas andinas durante el parto que aquellos que no fueron asignados ni capacitados por MotherCare.

El curso de capacitación en CI/O que incluye un módulo en el tema de costumbres del parto de la comunidad, acompañado de la elaboración de un plan para su ejecución, parece ser suficiente para que los proveedores de salud incorporen las prácticas mencionadas.

Para asegurar la incorporación de los valores y costumbres de la comunidad en la atención de los servicios, es importante incluir este tema en la formación de profesionales y reactualizar al personal de salud.



Recomendaciones

Demanda

- Se recomienda aplicar la estrategia de IEC/ *O por una maternidad segura* en todo el país a través de la Reforma en Salud y otros mecanismos e instancias.
- Es necesario considerar un programa que, a través de dinámicas interpersonales, amplíe la intervención a un mayor número de comunidades rurales y barrios periurbanos. La experiencia del 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 se complementa con la comunicación interpersonal.
- Es necesario involucrar a todas las partes del sistema: comunidad, proveedores de salud y responsables de tomar decisiones en el desarrollo de las diferentes estrategias.
- Se debe considerar la cultura, costumbres, tradiciones y el nivel educativo de los beneficiarios.
- Hay que continuar ejecutando estos componentes, puesto que han sido muy exitosos y han dado lugar a que se establezcan mecanismos concretos, factibles y realistas de acción para asegurar una maternidad segura.
- Es importante realizar en las comunidades más ejercicios de simulacro en caso de emergencia obstétrica y neonatal, pues esto ayuda a que éstas estén preparadas frente a cualquier emergencia.

Oferta

- Es importante promocionar y desarrollar políticas de actualización de los proveedores de salud para asegurar la óptima calidad de la atención y una buena relación interpersonal a través de un sistema de supervisión capacitante.
- Asimismo, se debe impulsar políticas que aseguren la información de los cuatro temas de salud integral de la mujer embarazada durante la consulta pre-natal, como ser: anemia, planificación familiar (especialmente sobre la importancia del espacio intergenésico), prevención de las ETS, VHI/SIDA, y la importancia de la lactancia materna inmediata.

Lecciones aprendidas

La experiencia de trabajo en torno a 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.

Esta estrategia ha alcanzado resultados positivos en sólo dos años de aplicación gracias a que en su diseño y aplicación se ha partido del nivel de conocimientos, actitudes y prácticas del entorno socio-cultural y de sus necesidades de información y formación.

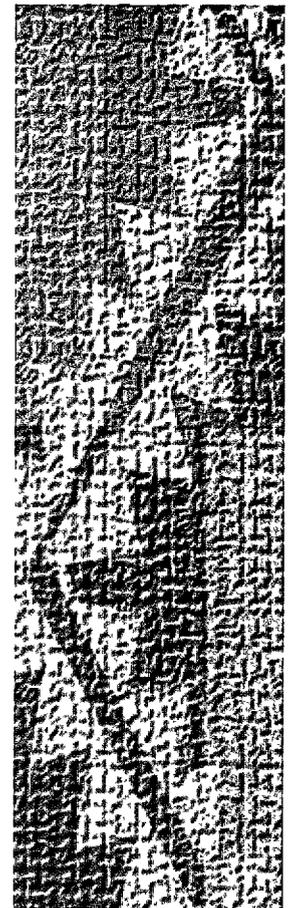
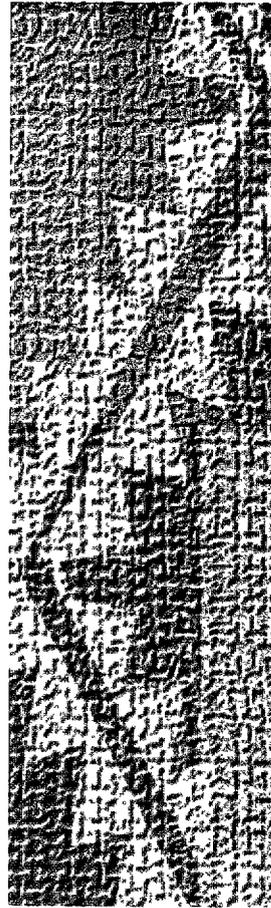
Esto ha sido posible mediante el empleo de la investigación en los procesos de diagnóstico, supervisión, monitoreo y evaluación de la estrategia.

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.

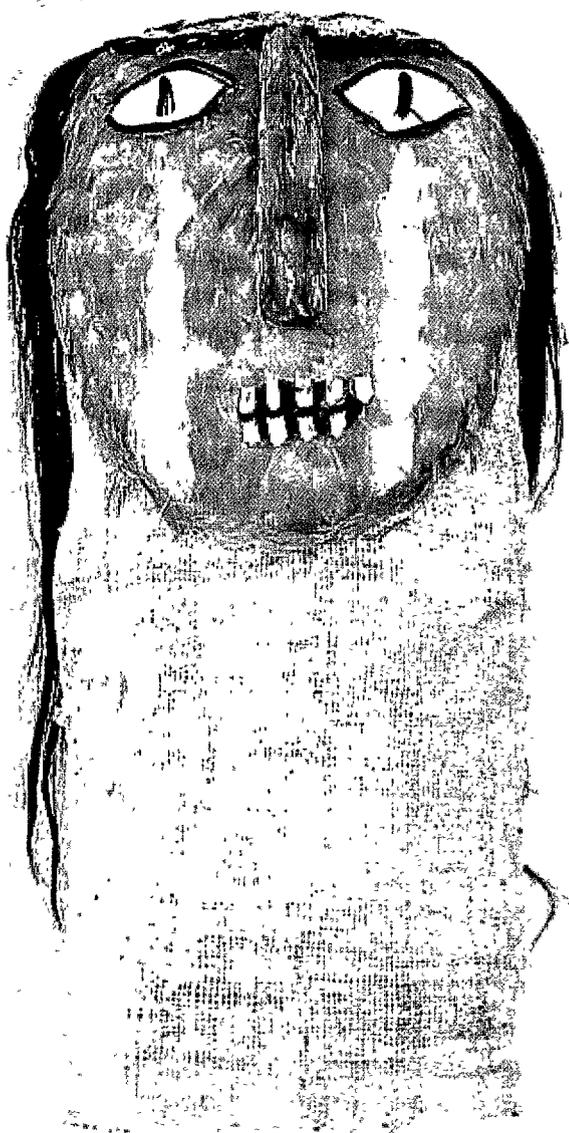
Al mismo tiempo, se debe tomar en cuenta que el cambio de prácticas, actitudes y conocimientos requiere un tiempo de aplicación intensiva de la estrategia, y que dos años son apenas el inicio de un auténtico proceso de comunicación orientado al cambio de valores, actitudes y conocimientos.

El uso de los medios masivos de comunicación para promover el cambio de conducta, en este caso una conducta adecuada respecto a las complicaciones obstétricas y neonatales, ha demostrado tener un impacto positivo si se está en el marco de una estrategia de mediano y largo plazos.

Las personas de la comunidad capacitadas en el *camino de la supervivencia materna y perinatal* de MotherCare muestran gran interés de apoyar los esfuerzos de los servicios en éste y otros temas de la salud. Por lo tanto, se sugiere llevar a cabo investigaciones operativas sobre el modelo desarrollado por el Proyecto, de modo que personas debidamente capacitadas de la comunidad apoyen a los proveedores brindando información sobre diversos temas de salud.



3. Monitoreo: información para tomar decisiones



El apoyo al Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) y el desarrollo y validación de un sistema de evaluación/monitoreo del propio Proyecto han constituido otro componente del Proyecto. Las actividades estuvieron encaminadas a diseñar instrumentos y a validar metodologías para la evaluación y seguimiento de programas de salud para la madre y el recién nacido que sean útiles y sostenibles para el Sistema Nacional de Salud.

Durante los dos primeros años el esfuerzo se dirigió a la definición de objetivos e indicadores para medir su consecución, y al diseño de instrumentos para la recolección, procesamiento y análisis de información sobre la situación existente en el área de intervención del Proyecto. El desarrollo del sistema de evaluación y monitoreo, que se remonta al primer análisis de situación y a la primera definición de objetivos e indicadores, supone el inicio de la validación de instrumentos de medición para su posterior entrega al Ministerio de Salud. Se ha desarrollado un sistema de monitoreo, basado en un número limitado de indicadores clave, que mide cobertura y calidad de la atención obstétrica y neonatal.

Para obtener información de calidad para el monitoreo de programas materno-perinatales se propuso como estrategia apoyar al SNIS en los puntos débiles detectados en el *Análisis de situación* y en la *Línea de base en establecimien-*

tos de salud. Se diseñaron instrumentos (cuadernos) para el registro, la consolidación y el control de calidad de la información registrada y se elaboró un currículum y unos cuadernos de autocapacitación para el manejo de estos instrumentos. Se elaboró una guía para el procesamiento de los datos, hasta la obtención de indicadores, y una metodología para la interpretación de los mismos. La evaluación de desempeño de la capacitación impartida se realizó mediante la medición de los resultados alcanzados: el aumento de la calidad de la información medido a través de la congruencia entre la información registrada y la remitida a nivel central. La toma de decisiones, como punto de llegada obligatorio para cualquier sistema de información y como táctica para el aumento de la calidad del propio sistema, se desarrolló durante la última etapa del Proyecto y necesita de más tiempo para su validación.

Definición

Se define monitoreo a la medición de la evolución de un grupo de indicadores que informan de la cobertura, calidad y de la satisfacción de las usuarias de los servicios materno-neonatales (efecto), así como de los resultados y del cumplimiento de actividades (proceso) de los diferentes componentes del Proyecto.

Objetivo

- Contribuir al desarrollo y ejecución del monitoreo y la evaluación de los componentes y las intervenciones de MotherCare en el ámbito de la salud materna y perinatal.
- Fortalecer al SNIS en el manejo del dato, con especial atención en la calidad y el uso de la información para la toma de decisiones.

Los sistemas de información en salud

Análisis de situación

El análisis de situación proporcionó la información necesaria sobre todos los aspectos de la salud materna que se incluyeron en el Proyecto desde su inicio. Aunque no se llevó a cabo en todos los servicios de salud, proporcionó información sobre la capacitación que el personal de salud recibió, sus conocimientos, sus destrezas e información sobre la disponibilidad de los servicios de salud. Incluye también la disponibilidad de insumos médicos y medicinas.

Línea de base comunitaria

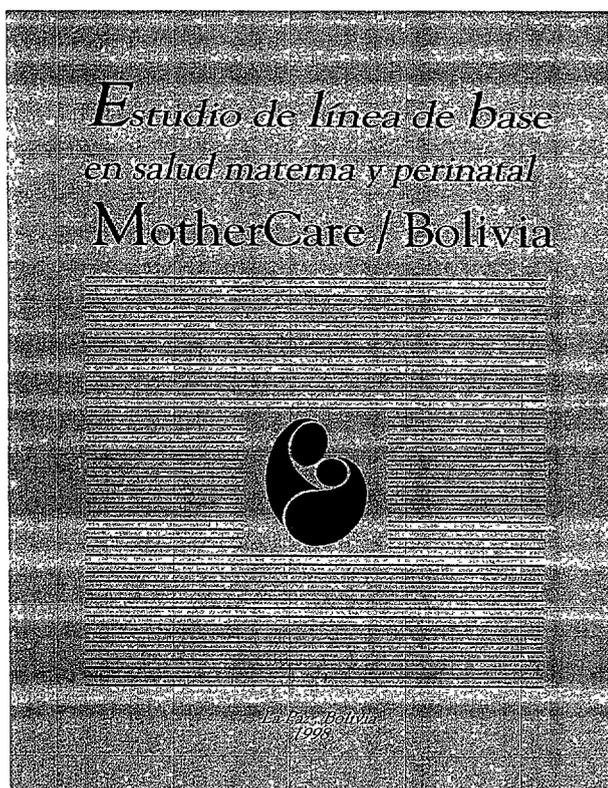
Con el propósito de obtener información sobre la situación inicial del área del Proyecto, se desarrolló un *Estudio de línea de base*, para el cual se capacitó a 80 encuestadores y supervisores y se obtuvo información de 5.800 grupos familiares. Se elaboró un banco de datos para almacenar la información y en 1997 se inició la tabulación y el análisis que concluyó en agosto de 1998 con la revisión final y las conclusiones y recomendaciones y su publicación.

Línea de base de los servicios de salud

Es un estudio que describe y realiza el inventario de los servicios de salud con el propósito de completar y actualizar la información obtenida en el *Análisis de situación* (1995). Se obtuvo información de 100 de los 118 establecimientos de 7 distritos de La Paz y Cochabamba. Se realizó un inventario del personal de salud que fue utilizado para la programación de los cursos del componente de capacitación llevados a cabo por el Proyecto. La clasificación de todos los servi-

cios de salud, así como el análisis de su capacidad para la atención obstétrica esencial, su estructura y sus recursos, fueron útiles como referencia para otros estudios y actividades del Proyecto.

En resumen, la información sobre la disponibilidad de recursos (humanos y materiales) y de necesidades fue recogida por primera vez en el *Análisis de situación*. En el *Estudio de línea de base en establecimientos de salud* (1996) se actualizó la información sobre infraestructura y sobre disponibilidad de personal, y en el *Estudio de línea de base comunitaria* se describen todos los aspectos y características de la salud materna que son analizados en el Capítulo III.



Monitoreo en los 7 distritos de MotherCare

El objetivo de las actividades de monitoreo en los establecimientos de los distritos de intervención del Proyecto MotherCare fue medir la evolución en el tiempo de 9 indicadores clave.

Indicadores clave

Para realizar un seguimiento de los resultados que el Proyecto fue consiguiendo se realizó el monitoreo en el tiempo de 9 indicadores clave que nos permiten medir la cobertura y calidad de la atención prenatal y el parto.

En los puestos de salud y en los centros de salud sin internación se obtienen sólo los indicadores de 1 a 6. En los centros de salud con internación y en los hospitales de nivel distrital se toman en consideración los 9 indicadores.

El monitoreo de los indicadores clave se realizó en los Comités de Análisis de la Información (CAIs) locales, municipales, de área o de sector. Durante las reuniones con estos CAIs se obtuvieron los indicadores clave para cada uno de los establecimientos de salud de un determinado municipio y, en un segundo tiempo, para el municipio en conjunto.

La información para la elaboración de los indicadores clave se obtuvo de tres fuentes:

1. Informes mensuales de actividades en salud del SNIS.
2. Informe trimestral extra de salud materno-perinatal.
3. Proyecciones censales.

Control de la calidad de la información

El control de calidad de la información se basa en la congruencia entre los datos registrados y los datos informados. Con esto no se detecta el subregistro, pero sí mejora la congruencia.

Para medir la calidad de la información remitida en los informes se comparó la información registrada en historias clínicas, la registrada en libros, la remitida en los informes y la disponible en el banco de datos del SNIS.

Información sobre complicaciones obstétricas y perinatales

Puesto que esta información no está considerada dentro del SNIS, se revisaron sistemáticamente los cuadernos de registro, de consulta externa, de emergencias, de internaciones, de consulta ginecológica y de partos. Esta información analizada en los primeros seis meses de cada año se describe en el Capítulo III y corresponde a la “demanda satisfecha” de la atención obstétrica y perinatal.

Actividades

- Diseño del *Estudio de línea de base*, de los instrumentos para la recolección de la información, textos y currículum de capacitación para el personal. Trabajo de campo, revisión y limpieza de los datos, análisis de la información, edición y presentación del informe final.
- Diseño de la metodología para el control de la calidad de la información generada por el SNIS, organización de una base de datos para el control de la calidad, recolección de información para el control de

Indicador	Area
1. Porcentaje de mujeres embarazadas con al menos un control prenatal.	Atención prenatal.
2. Porcentaje de mujeres embarazadas con cuatro controles prenatales.	Atención prenatal.
3. Porcentaje de mujeres embarazadas que han recibido alguna tableta de hierro.	Atención prenatal.
4. Porcentaje de mujeres embarazadas que han recibido al menos 90 tabletas de hierro.	Atención prenatal.
5. Porcentaje de partos domiciliarios atendidos por personal de salud.	Atención al parto.
6. Porcentaje de partos domiciliarios atendidos por parteras capacitadas.	Atención al parto.
7. Porcentaje de parto en servicio.	Atención al parto.
8. Cobertura de complicaciones obstétricas.	Atención al parto.
9. Cobertura de vacunación con toxoide tetánico.	Atención prenatal.

calidad de datos en servicios de salud del área de intervención del Proyecto y del distrito control, análisis de la información, edición del informe final con detalle municipal.

- Diagnóstico de la estructura y el desempeño del SNIS. Diseño de 7 libros de registro y de proceso de datos. Distribución de los libros de registro en los servicios de salud del área de intervención del Proyecto y en el distrito control.
- Diseño del currículum de capacitación en registro de la información. Diseño y edición de guías de autocapacitación para el registro de información. Diseño de un sistema de evaluación. Evaluación inicial del personal de salud del área de intervención y del distrito control. Distribución de las guías de autocapacitación a todo el personal del área del Proyecto y del distrito control.
- Diseño gráfico del boletín. Redacción, edición y distribución en los municipios, prefectura, autoridades de salud, ONGs y otros en el área de intervención del Proyecto.

Conclusión

· Las actividades en salud materna y perinatal son una prioridad de la salud pública, y se necesita del monitoreo y de la supervisión para el seguimiento de los efectos y para detectar problemas.

El sistema de recolección de información que proviene de la comunidad y de los registros primarios de los servicios de salud es esencial como fuente de información para el SNIS.

· En el proceso de monitoreo debe haber una recolección precisa de la información, la información debe ser procesada, analizada y útil en los Comités de Análisis de la Información (CAI) en los distritos de salud, para la respectiva toma de decisiones y, finalmente, para que éstas se constituyan en acciones que conduzcan a una mejora de la salud materna y perinatal.

- En la *oferta*, los servicios de salud deben contar con registros primarios eficientes y confiables.
- En la *demanda*, las usuarias de los servicios que conocen que la información sobre sus propios casos debe estar debidamente registrada y ser útil para el seguimiento de la atención de su salud.
- En las *políticas*, el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) debe contar con los datos necesarios para la obtención de los indicadores de la salud materna y perinatal por distrito, región y país.

Recomendaciones

Disponer en cada municipio de la capacidad de almacenar la información computarizada y que cada municipalidad designe el personal para conducir el proceso de la investigación.

Es importante devolver la información a los municipios para que en base a su análisis puedan tomarse las decisiones más apropiadas.

Es preciso el diseño de una metodología simplificada para el monitoreo y la evaluación de los resultados de los programas de salud materna y perinatal en cada distrito de salud que asegure el uso de la información en los Comités de Análisis de la Información..

Es importante la capacitación continua del personal en el manejo de la información, libros de registro, con énfasis en la calidad y el uso de los datos.

Se requiere un esfuerzo conjunto de concertación interinstitucional e interagencial para uniformar el sistema de registro (libros de registro) e indicadores en salud materna y perinatal y para estandarizar los instrumentos y la metodología para el monitoreo, la supervisión y la evaluación.

La sostenibilidad del componente está asegurada por la inclusión de la información sobre salud materna y perinatal en los componentes de atención de la mujer embarazada y de atención del parto en el Sistema Nacional de Información de Salud y su proceso y utilización para la toma de decisiones.

Lecciones aprendidas

La definición de objetivos e indicadores precisos del Proyecto han sido de mucho beneficio para el desarrollo de los instrumentos y para la consolidación de la información.

El *Análisis de situación* debería de haber sido más amplio incluyendo información sobre el personal de salud y utilizando el formulario oficial del SNIS, además de la infraestructura de los servicios y los materiales en la perspectiva de la definición de los cuidados obstétricos esenciales.

En el *Estudio de validación* se concluyó que la información proporcionada por las madres no es útil para medir la prevalencia de las complicaciones obstétricas.

Un estudio cualitativo de validación de términos y percepciones en relación a los temas obstétricos y neonatales es muy útil para el diseño de los formularios de recolección de información para el estudio de línea de base comunitario

El estudio de línea de base comunitario debería ser más simple y sólo con las preguntas necesarias para el cálculo de los indicadores del proyecto que se refieren a la comunidad.

Para la selección de las muestras es completamente necesario el uso de los datos censales y de mapas precisos.

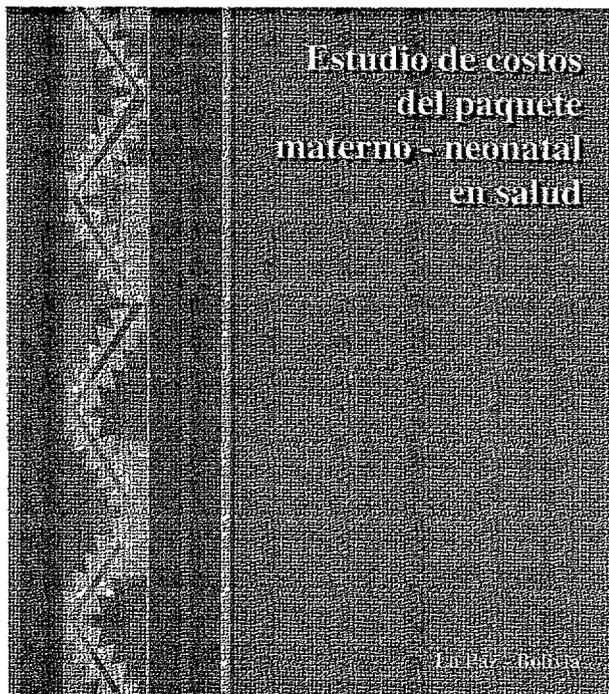
La especialización adquirida por el sistema de monitoreo y supervisión ha promovido, en cada uno de los componentes del Proyecto, el desarrollo de sus propios instrumentos, muchos de ellos como guías estandarizadas que consolidan el sistema.

Es importante la validación de los instrumentos y los procedimientos desarrollados para el monitoreo de los indicadores clave para la salud materna y neonatal, y, así mismo que la mayor parte de la información esté registrada en el SNIS. (disponible en una base de datos que pueda accederse desde el Internet).

4. Mejorar los servicios para reducir los costos

El estudio del *Paquete materno neonatal* surge como una respuesta a una meta del Proyecto que es promover políticas nacionales que puedan ayudar a mejorar la eficiencia y mantener la calidad de los servicios materno neonatales. Dentro de la promoción de políticas, el objetivo fue el de fortalecer la capacidad de los responsables de política, de los planificadores en salud, de los proveedores y de la comunidad, tanto en el ámbito regional como nacional, en el manejo de problemas de morbi mortalidad materna y neonatal en los distritos de MotherCare. La estrategia para ello fue dar a los responsables de política suficiente información para que se reduzca la morbi mortalidad materna y neonatal estableciendo un sistema de reporte a nivel distrital. En el área de costos, la idea fue realizar estudios de investigación para identificar el costo óptimo por intervención necesario para ofrecer una buena calidad en el servicio, especialmente en el sector urbano y peri-urbano.

MotherCare y la OMS demostraron que la atención materna y neonatal en los 7 distritos cuesta actualmente un promedio de 2,48 \$us per cápita al año. Los costos varían por distritos, según el número de centros de servicios disponibles para la población dada. La prestación de atención materna y neonatal, según las nuevas normas nacionales, costará 4,60 \$us per cápita con la actual tasa de cobertura de 60%. Sin em-



bargo, para alcanzar la meta del Gobierno de Bolivia de ampliar la cobertura a 90% con las nuevas normas nacionales, la tasa per cápita será de 6,83 \$us, lo que exige un aumento de 3,99 \$us per cápita al año (véase Cuadro 1).

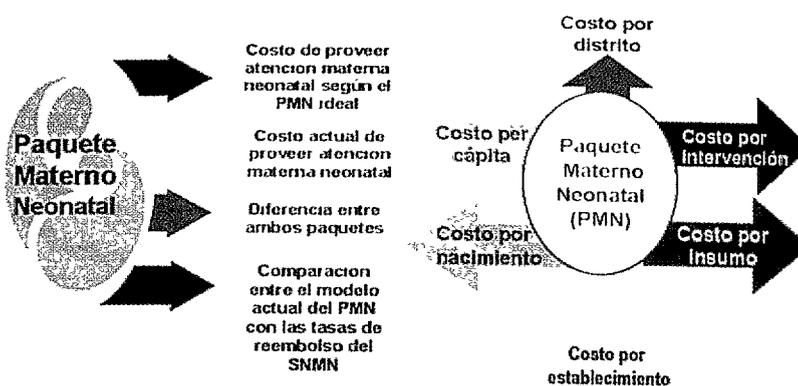
Es importante señalar que la atención de maternidad representa el mayor incremento de costo al comparar los servicios actuales (tasa de cobertura de 60%) con los previstos según las nuevas normas (tasa de cobertura de 90%) (véase Gráfico 1). Eso se debe principalmente a que ese es el más completo de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

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

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

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

Paquete de intervenciones materno neonatal



10 intervenciones:
Maternidad (prenatal, parto y postparto), sífilis, gonorrea y neonatal
Anemia, eclampsia, sépsis, hemorragia, cesárea, y aborto

Conclusiones

La importancia de incorporar un área de costos en proyectos de salud radica en el hecho de poder asignar los recursos de manera más eficiente, por prioridades y según presupuesto.

En los proyectos de salud recién se está incorporando la lógica económica. Uno de los objetivos de esta incorporación es tener más herramientas para la toma de decisiones, específicamente sobre qué actividad o tarea se puede realizar, y para tener conocimiento del impacto de éstas según el monto de dinero que se gastó. Para el caso boliviano, el estudio del paquete materno neonatal en salud realizado por MotherCare sirvió para mostrar cómo se puede incorporar la teoría económica al sector salud. La investigación también sirvió como un instrumento de política para la toma de decisiones, para poder dar información al Ministerio de Salud y Previsión Social sobre los costos por intervención dentro de un paquete materno neonatal. Debido a que el trabajo ha coincidido con la reforma en salud que el gobierno está aplicando, el Ministerio de Salud y Previsión Social ha podido utilizar la metodología desarrollada en el estudio para realizar una nueva estimación de costos para el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez.

Realizar un sistema de costos para el proyecto MotherCare implica que al tener un control presupuestal éste puede servir como una herramienta para definir objetivos, para exigir resultados y para fijar políticas. Lo más importante es que las decisiones, que antes se las tomaba por intuición, ahora pueden basarse en hechos objetivos, en historia contable, en el estudio de rutas críticas que permitan decidir el camino más corto y eficiente para realizar un proyecto.

En el *camino de la supervivencia materna y perinatal* los resultados del área de costos son importantes para la decisión de buscar atención y tener acceso a una atención adecuada, pues conocer el precio de atención o gratuidad del servicio es una variable que incide en la toma de decisión de asistir o no a un establecimiento de salud, tanto como el de tener acceso, ya que la población no sólo debe cubrir los costos directos de la atención sino también los indirectos (por ejemplo, transporte).

Con este resultado y la metodología que se aplicó en los distritos de MotherCare, la aplicación del paquete madre-bebé en Bolivia ha sido una herramienta muy importante para mostrar que las tasas de reembolso del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez no eran suficientes para cubrir los costos variables de las intervenciones. El Ministerio de Salud Pública y Previsión Social pidió que se realice un estudio para modificar las tasas de reembolso del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez utilizando la metodología desarrollada por MotherCare, WHO y PHR.

En tal sentido, el estudio alcanzó el objetivo de convertirse en un instrumento de política y ser utilizado por el gobierno en la toma de decisiones.

5. ¿Qué hacer para combatir la anemia?

El proyecto MotherCare en Bolivia ha sido ejecutado para mejorar la calidad de la atención brindada a las mujeres durante el embarazo, parto y post-parto, y también para mejorar la demanda de servicios, siguiendo el marco lógico del *camino de la supervivencia materna y perinatal*. El mejoramiento de la condición nutricional de las mujeres es parte del Programa, especialmente en el control de la deficiencia de hierro durante el embarazo y el post-parto, tomando en consideración la información nacional que señala que más de la mitad de las mujeres embarazadas presentaban algún grado de anemia.

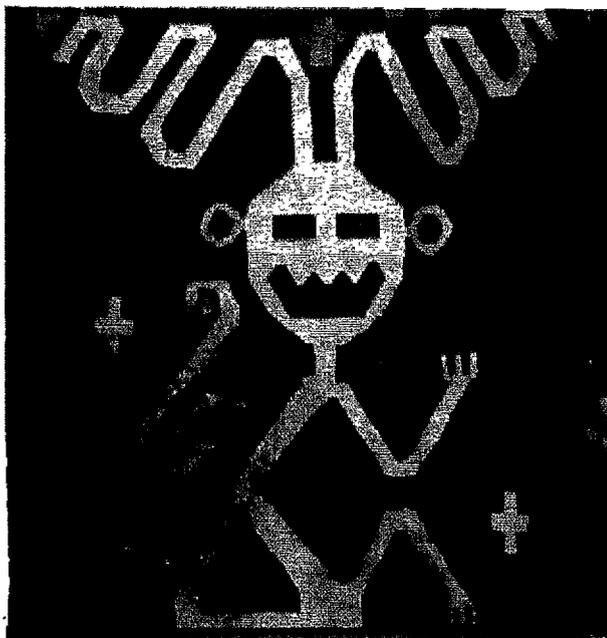
Para poder diseñar y ejecutar una estrategia que permita mejorar esta situación se realizaron, junto con el proyecto Oportunidades de Intervención para Micronutrientes (OMNI), también financiado por USAID, estudios formativos para conocer el grado de conocimiento, actitudes y prácticas de las mujeres embarazadas y sus familias, del personal de salud y personal comunitario. MotherCare también llevó a cabo un estudio cuantitativo de línea de base para determinar la prevalencia de anemia en las mujeres embarazadas en el área de influencia del proyecto, el nivel de conocimientos y uso de las tabletas de sulfato ferroso, y conocimientos sobre signos y síntomas de la anemia.



Descripción general

Basados en los resultados de estas dos investigaciones, cualitativa y cuantitativa, se ha diseñado una estrategia de mercadeo social para mejorar la demanda y oferta de servicios, buscando mejorar la canasta de atributos del sistema de distribución de tabletas de sulfato ferroso a las mujeres embarazadas en el área de influencia del proyecto MotherCare, tratando de afectar o modificar las cinco “P” clásicas del mercadeo social: *producto*, *precio*, *plaza*, *promoción* y *personal* (trato personal).

Se diseñó y elaboró material de IEC/O sobre anemias y manejo de tabletas de sulfato ferroso y ácido fólico dirigido al personal de salud y comunitario, tomando en cuenta los resultados y recomendaciones de los estudios de línea de base y formativo, para realizar la *promoción* del servicio.



Se mejoró la presentación y conservación del *producto* (tabletas de sulfato ferroso), distribuyéndolas en frascos plásticos apropiados, en vez de entregarlas en sobres de papel.

Se capacitó a personal comunitario (responsables populares de salud y parteras empíricas) en el uso de tabletas de sulfato ferroso para prevenir y controlar la anemia en las mujeres embarazadas, y para que puedan distribuirlas a las mujeres embarazadas que no tienen acceso cultural o de otro tipo a los controles prenatales, mejorando la *plaza* o sitios de distribución y también disminuyendo el *precio* o esfuerzo requerido por las mujeres embarazadas para conseguir las tabletas de sulfato ferroso.

Se capacitó al personal de salud en técnicas de comunicación interpersonal y orientación para mejorar el trato *personal* a las mujeres embarazadas y para que las orientaciones sean más efectivas a fin de asegurar un mejor cumplimiento en la toma de las tabletas; se aumentó el grado de conciencia y grado de sensibilización del personal de salud sobre la importancia de mejorar el estatus nutricional del hierro en todas las mujeres embarazadas y sobre cómo se pueden mejorar las coberturas de suplementación con tabletas de sulfato ferroso en su jurisdicción; se estimuló la flexibilización en el número de tabletas distribuidas en el primer contacto con la mujer embarazada, para disminuir el *precio* o esfuerzo requerido para obtener la dosis completa de 90 tabletas.

Todas estas actividades se han ejecutado a través del personal de los 7 distritos de salud y en coordinación con los servicios departamentales de salud de Cochabamba y La Paz y el Ministerio de Salud y Previsión Social.

Resultados

Se logró capacitar al siguiente personal de salud y comunitario:

Distrito	Personal de salud capacitado	RPS capacitados	Materiales entregados
El Alto II - III	27	40	45
Ingavi/Los Andes	36	46	50
Sacaba	19	32	45
Capinota	25	64	70
Quillacollo	25	30	45
Tapacarí	26	50	55
Independencia	20	40	45
Total	178	302	355

Por otra parte, se encontró que la mayoría del personal de salud utilizó técnicas de comunicación interpersonal para explicar la importancia de la anemia y cómo se deben consumir las tabletas de sulfato ferroso.

Producción de materiales IEC/O

Afiche recordatorio para personal de salud institucional y comunitario, con el objeto de promocionar la distribución de tabletas de sulfato ferroso y consejería. Pensado para ser colocado en los consultorios médicos, enfermerías y donde se realiza la atención del control prenatal y post-natal.

Láminas de consejería (juego de 8 láminas), para uso individual explicando a las mujeres embarazadas 8 temas sobre anemia, con dibujos en la carilla anterior y texto en la carilla posterior, entregadas a cada uno de los promotores de salud, parteras o parteros y responsables populares de salud que sean capacitados para que las usen en las charlas de consejería a las mujeres embarazadas.

Manual para promotores de salud. Encuadernación de 12 hojas a todo color anverso y reverso sobre cinco temas: anemia, consejería, tabletas de sulfato ferroso, importancia del

control prenatal, alimentación de la embarazada. Incluye la guía de monitoreo para registrar las actividades de cada mes. Este manual está diseñado para que el promotor de salud recuerde cada vez lo que son las anemias por deficiencia de hierro y cómo controlarlas, así como los consejos que debe darle a la mujer embarazada.

Guía de monitoreo (consolidado mensual) de estrategia comunitaria de distribución de tabletas de sulfato ferroso. Hoja de monitoreo para registrar las actividades realizadas durante el mes.(incluida en el manual). Debe registrarse el nombre de todas las mujeres embarazadas encontradas en la comunidad, el número de tabletas que entregó a cada una, y los demás datos de acuerdo con la guía de llenado. El promotor tenía que visitar el establecimiento de salud donde le entregaron estos materiales cada fin de mes para entregar la guía con la información de las actividades de todo el mes.

Conclusiones

Demanda

Se ha encontrado que los efectos secundarios producidos por el consumo de las tabletas de sulfato ferroso solamente cuentan para el 10% de las mujeres embarazadas, por lo que la aceptabilidad de las mismas es adecuada.

Oferta

Se estableció que las bajas coberturas alcanzadas en la suplementación con tabletas de sulfato ferroso no se deben a problemas de disponibilidad de insumos o problemas logísticos en el envío de las tabletas a la localidad, sino más bien a la baja cobertura del control prenatal, instancia donde se establece que se deben distribuir los suplementos.

La cantidad de tabletas de sulfato ferroso distribuidas en todo el país, de acuerdo al SNIS no ha variado en forma significativa hasta la fecha, ya que la cantidad distribuida representa el 30%

del requerimiento para cubrir con 90 tabletas a todas las mujeres embarazadas. Es decir que la demanda de tabletas por parte de la comunidad tan solo alcanza al 30%.

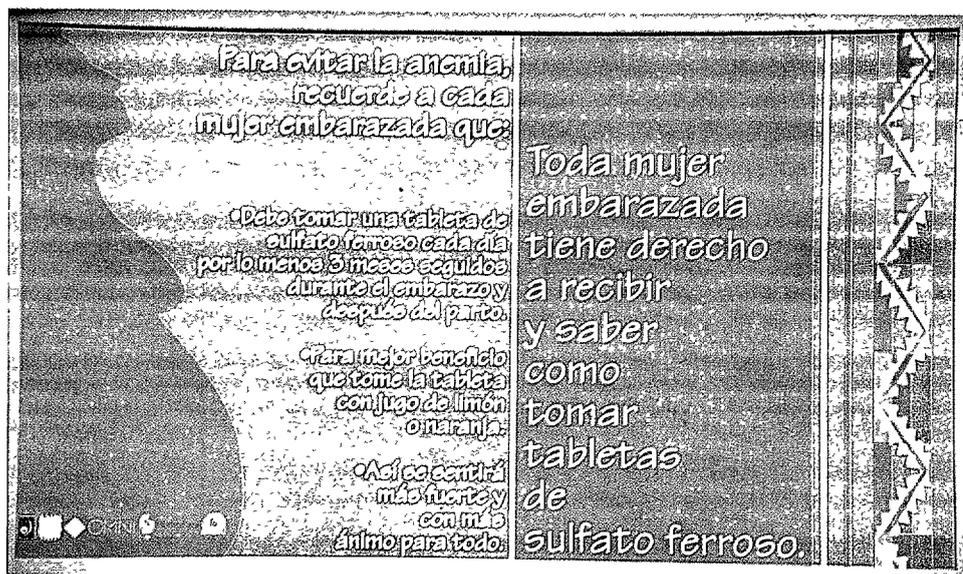
Recomendaciones

Demanda

Es necesario realizar mayor cantidad de actividades de información y educación a través de medios masivos de comunicación, como radio y TV, para promocionar el derecho que tiene todas las mujeres de recibir tabletas de sulfato ferroso durante el embarazo y después del parto.

Es importante realizar actividades de capacitación y entrenamiento del personal comunitario en forma periódica, ya que la vida útil de dicho personal no es muy larga. Se debe entrenar y seleccionar constantemente al nuevo personal voluntario de apoyo en el ámbito de las comunidades.

Es necesario fortalecer el trabajo a nivel de la comunidad para aumentar la demanda de table-



tas de sulfato ferroso, ya que el nivel de conocimientos e información es muy bajo, además del bajo porcentaje de mujeres que acceden a los establecimientos de salud.

Oferta

Se debe incrementar la dotación de tabletas de sulfato ferroso para permitir que los establecimientos de salud puedan distribuir la dosis completa de 90 tabletas a todas las mujeres embarazadas y puerperas que acuden o entran en contacto con el personal de salud institucional.

El nivel operativo es el distrito, por lo que las actividades de coordinación y supervisión deben concentrarse a este nivel. Sin embargo, es importante que el nivel regional y el central garanticen una provisión mayor de tabletas de sulfato ferroso para cubrir la demanda que cada distrito de salud logre incrementar.

MANUAL BASICO PARA EL PROMOTOR(A) DE SALUD



CUIDANDO LA SALUD DE LA MUJER EMBARAZADA Y LA DE SU WAWA

Para que la suplementación con tabletas de sulfato ferroso favorezca a todas las mujeres del país se debe permitir que el personal comunitario, sean estos RPS, parteras o promotores de salud, pueda participar en la distribución de las tabletas a las mujeres que no están acudiendo por cualquier razón a los establecimientos de salud.

Es necesario capacitar al personal de salud en técnicas de comunicación interpersonal y orientación de adultos, para que puedan orientar en forma efectiva a las mujeres embarazadas sobre las consecuencias de la deficiencia de hierro en el embarazo y la forma en que se debe prevenir o controlar.

Por otra parte, para lograr que las mujeres reciban la dosis completa recomendada de suplementación durante el embarazo se debe aprovechar cualquier oportunidad o contacto con ellas para entregarles no solamente 1/3 de la dosis recomendada sino las 90 tabletas, siempre y cuando estas sean distribuidas en frascos apropiados para protegerlas de la humedad y para que puedan conservarse adecuadamente.

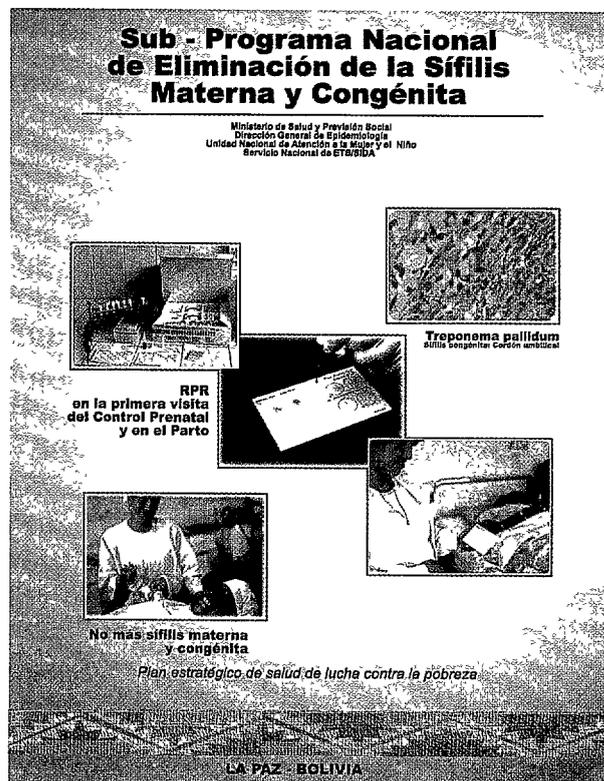
Es necesario realizar actividades de supervisión en los distritos de salud para lograr motivar al personal institucional y comunitario, controlar la calidad de los servicios, realizar reforzamiento en la capacitación y brindar información sobre las coberturas alcanzadas local, regional y nacionalmente.

6. Eliminar la sífilis materna y congénita

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el SIDA representan no solo un problema de salud pública, sino un grave problema social y económico. Las tasa de mortalidad materna que en Bolivia alcanza a 390 por 100.000 nacidos vivos y la de mortalidad infantil a 67 por 1.000 nacidos vivos, pueden agravarse por la transmisión congénita de la Sífilis y los efectos de otras infecciones del transmisión sexual.

Esfuerzos

En 1994, la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana hizo una propuesta para el desarrollo de un Plan de Acción Regional para la eliminación de la sífilis materna y congénita como un problema de salud pública en las Américas. El propósito del plan es reducir considerablemente la incidencia de la sífilis congénita en la región por medio de una serie de medidas graduales que proporcionen el tratamiento apropiado a las mujeres embarazadas infectadas y reducir la prevalencia de sífilis en mujeres en edad de procrear. Estas medidas reducirían la transmisión materna de la sífilis al feto y otros resultados adversos del embarazo, al mismo tiempo que fortalecerían los servicios de salud.



Objetivos

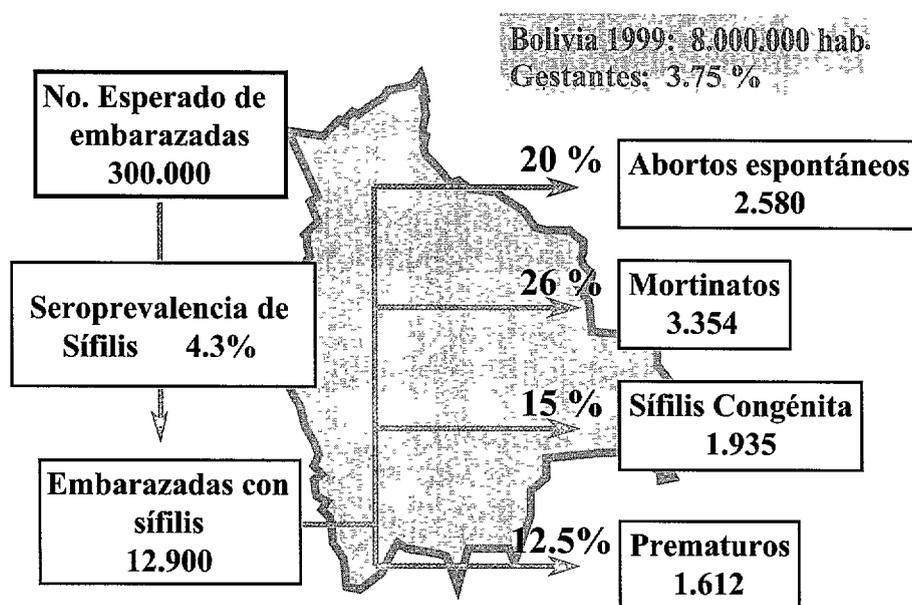
Los objetivos de la intervención fueron los siguientes:

- Contribuir con la planificación y el desarrollo de una estrategia de intervención para disminuir la sífilis materna y prevenir, controlar y eliminar la sífilis congénita en Bolivia, como una de las estrategias efectivas para reducir la mortalidad perinatal.
- Mejorar la calidad de los servicios de salud en la detección temprana de la sífilis, el tratamiento, IEC/O, capacitación en servicio, vigilancia epidemiológica, monitoreo y supervisión.
- Promover y apoyar el establecimiento de las políticas de salud en el nivel nacional y la participación comunitaria.

Eliminar la sífilis materna y congénita en Bolivia para disminuir la mortalidad perinatal

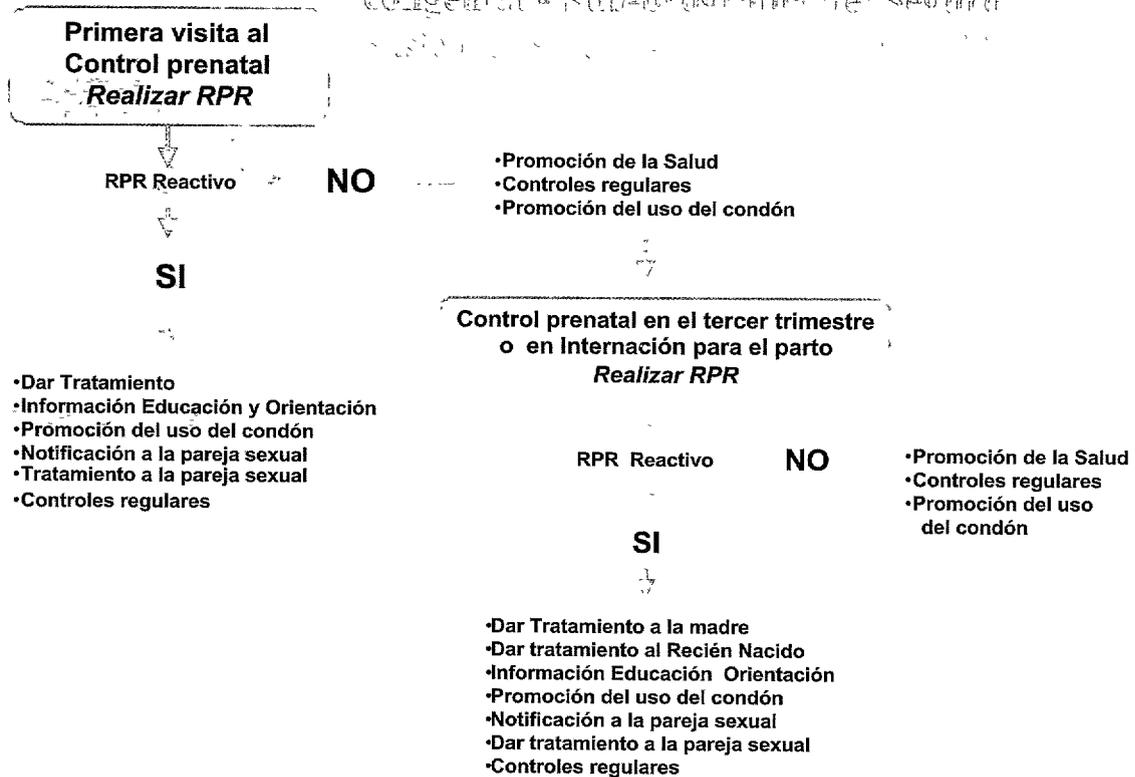
En 1995-96, MotherCare y el CDC de Atlanta presentaron un protocolo para la evaluación de la magnitud de la sífilis materna y congénita en Bolivia, denominado *Estudio de seroprevalencia de la sífilis materna y congénita en Bolivia*, el mismo que fue ejecutado durante 1996 y 1997.

Para fines de 1997, los resultados del estudio se constituyeron en la primera línea de base de la situación de la sífilis en las maternidades de Bolivia y, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Salud y Previsión Social y el Programa Nacional de ETS / SIDA, se desarrolló el *Plan nacional para la eliminación de la sífilis materna y congénita para Bolivia 1998-2002*.



Sífilis materna y congénita en Bolivia

Eliminación de la sífilis materna y congénita - Sub-programa de Seguro



En 1998, el Ministerio de Salud y Previsión Social, mediante Resolución Ministerial 0365, incorpora este plan como un subprograma dentro del Seguro Básico de Salud¹, en el marco del Plan Estratégico de Salud para Bolivia. El plan incluido en el Seguro Básico de Salud asegura cuatro controles prenatales y, en el primero de ellos, la detección en laboratorio de la sífilis, utilizando la prueba de RPR, además de las medicinas correspondientes para la embarazada seropositiva, para su pareja sexual y para el recién nacido. También se incorpora en el Sistema Nacional de Información en Salud la información sobre sífilis materna y congénita para la vigilancia epidemiológica.

¹ Creado en diciembre de 1998 y lanzado en junio de 1999.

Durante 1998 se concluye la elaboración, adaptación y validación del *Manual de capacitación para la prevención y el control de la sífilis materna y congénita*, consistente en la *Guía del capacitador* y los *Módulos de capacitación*.

A fines de 1999 se realiza la capacitación de los proveedores de salud de los servicios de control prenatal y personal de laboratorios para la prevención y el control de la sífilis y la detección con la prueba de RPR en los distritos de salud de La Paz y Cochabamba. Al mismo tiempo, se entregan a los servicios reactivos de RPR para iniciar la detección en el primer control prenatal de las embarazadas.

Investigación: Estudio de seroprevalencia de la sífilis materna y congénita en Bolivia²

Objetivo: Obtener información para desarrollar un programa nacional de prevención de la sífilis congénita para Bolivia; determinar la prevalencia y los factores de riesgo en mujeres que acceden a los servicios de salud; utilizar la prueba de la RPR; administrar el tratamiento a la madre y al recién nacido antes del alta y asegurar la calidad de las pruebas de laboratorio para sífilis.

Método: En 7 hospitales de maternidad y en 1.428 mujeres con nacidos vivos y en 43 con mortinatos, se realizó la prueba de la RPR a su ingreso para el parto, la prueba fue hecha en los laboratorios de cada maternidad, en los de referencia nacional y en el CDC de Atlanta. Además del análisis del suero se realizó fluorescencia directa de cordón umbilical de los recién nacidos para verificar sífilis congénita.

Resultados: Con una participación del 63% se diagnosticó sífilis materna en 4,3% de las mujeres con nacidos vivos y 26% con mortinatos. Las madres con educación que no alcanza a la secundaria y aquellas con algún antecedente de sífilis, tuvieron la mayor probabilidad de presentar sífilis en el embarazo; existieron muy pocos resultados falsos positivos con la prueba de RPR, y de 847 muestras analizadas la concordancia fue del 96%. La fluorescencia directa del treponema pallidum en cordón umbilical en el CDC de Atlanta demostró 15% de sífilis congénita en los recién nacidos de madres seropositivas.

Conclusiones. Este estudio demuestra que la prevalencia de la sífilis materna en mujeres que acuden al parto y en los recién nacidos en los hospitales de la Paz, El Alto y en la ciudad de Cochabamba y alrededores es alta; un programa de detección de sífilis para las mujeres embarazadas en Bolivia es factible así como la importancia del RPR que puede ser efectuado en un sistema descentralizado y hasta en los servicios de salud más alejados.



La elaboración de este manual incluyó la adaptación y la validación para su uso en la capacitación en los servicios de salud; fue revisado, difundido y comentado por representantes de varios países latinoamericanos y asesores en ETS de la OPS, cuyas observaciones fueron tomadas en cuenta para su reimpresión promocionada y financiada por la OPS.

La capacitación para el personal de salud, dirigida por el manual de capacitación, incluye los siguientes temas:

- Generalidades y propósito.
- El impacto de la sífilis sobre el embarazo en la salud pública.
- La prevención y el control de la sífilis en programas de salud para la madre y el niño.
- Diagnóstico y tratamiento de la sífilis en el embarazo.
- El procedimiento de la prueba de RPR en tarjeta.
- Promoviendo el cambio de comportamiento.
- Consejería a las mujeres seropositivas y a sus parejas.
- Materiales de apoyo para la consejería y la educación.
- Resumen y planificación de la acción.

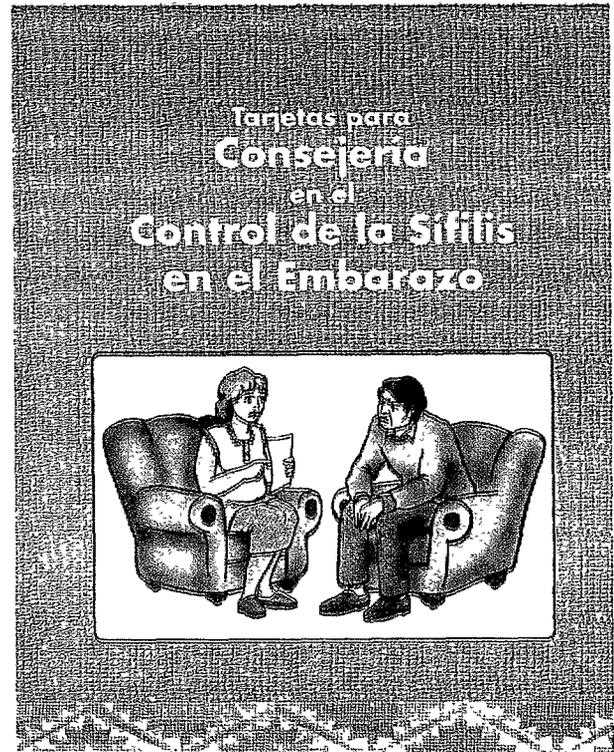
² Southwik, Blanco, Santander, 1997

Materiales de IEC/O - Tarjetas para la orientación

Desarrollados y validados en los servicios de salud, estos materiales incluyen cuatro tarjetas para la orientación/consejería de la mujer embarazada y cinco tarjetas para el esposo o la pareja sexual de la embarazada seropositiva; se incluye también una tarjeta que orienta sobre el uso correcto del condón. Se presentan con imágenes neutras que caracterizan personas latinoamericanas.

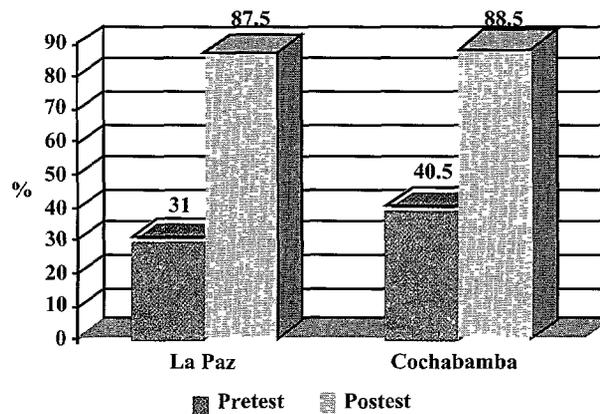
Capacitación en servicios de salud

La capacitación del personal de los servicios de salud, específicamente de control prenatal y laboratorio, se llevó a cabo en La Paz y Cochabamba. Participaron 29 Licenciadas en enfermería y 14 Bioquímicos y laboratoristas. Se utilizaron los manuales de capacitación, y cada participante cumplió con las tareas prácticas para asegurar el correcto y eficiente proceso de la prueba de RPR en tarjeta. La diferencia del promedio de las calificaciones entre el pre-test y post-test fue de 56% en La Paz y de 48% en Cochabamba.



Capacitación: Prevención y Control de la sífilis materna y congénita, evaluación, % en el pretest y en el postest

Participantes La Paz n = 23 Cochabamba n = 31



Intervención: ETS - Sífilis materna y congénita en Bolivia

Actividades del Programa de Intervención	Proceso / Producto	Resultados	Indicadores
Evaluación - Línea de Base.	Estudio de seroprevalencia de la sífilis materna y congénita en 7 hospitales de Bolivia.	7 maternidades involucradas en el estudio; documento de resultados; diseminación en las 7 maternidades.	4.3% de sífilis en gestantes; 26% de los mortinatos son por sífilis; 15 % de sífilis congénita en RN de madres seropositivas
Plan de eliminación de la sífilis materna y congénita para Bolivia.	Elaboración del plan y de las normas técnicas y legales.	Documento Subprograma Nacional de Eliminación de la Sífilis Materna y Congénita en Bolivia.	Documento diseminado en el 100% de servicios de salud de 7 Distritos, Resolución Ministerial N° 365
Desarrollo y adaptación del Manual de capacitación para la prevención y control de la sífilis materna y congénita.	Traducción, adaptación y validación del manual de Prevención y Control de la Sífilis Materna y Congénita.	Manual de Prevención y Control de la Sífilis Materna y Congénita adaptado para Bolivia y Latinoamérica.	400 manuales impresos y distribuidos, 400 manuales reimpresos por la OPS/OMS.
Capacitación de los proveedores de salud en la Prevención y Control de la sífilis materna y congénita.	Capacitación en servicios y en distritos al personal de salud.	Conocimientos mejorados y mejores prácticas y actitudes en el personal de salud.	2 cursos realizados; 60 proveedores de salud de servicios de atención prenatal de La Paz y Cochabamba capacitados y con más de 75 % de calificación en su evaluación.
Capacitación en la técnica del RPR a los proveedores de salud y al personal de laboratorios.	Cursos de capacitación teóricos y prácticos para el personal de salud de los laboratorios	Bioquímicos y laboratoristas de los servicios de control prenatal capaces de realizar la prueba de RPR con eficiencia y eficacia.	16 Bioquímicos y laboratoristas capacitados; 27 kits de RPR entregados a los servicios de salud.
Ejecución del Plan de eliminación de la sífilis materna y congénita en el Seguro Básico de Salud.	Ejecución del Plan Nacional en los Servicios de Salud de 7 Distritos en La Paz y Cochabamba; desarrollo de una estrategia de IEC y consejería para la sífilis materna y congénita.	Detección de la sífilis en todas las embarazadas que acceden al Seguro Básico de Salud, en la primera consulta del control prenatal. Tratamiento y consejería para las seropositivas; tratamiento para los recién nacidos de las madres seropositivas; tratamiento y orientación para las parejas sexuales de las madres seropositivas; utilización de materiales de IEC y consejería.	A ser evaluados en el 2002: % de mujeres con pruebas para sífilis en el primer control prenatal; % de embarazadas seropositivas y que recibieron tratamiento en el primer trimestre de su embarazo; N° de pacientes diagnosticados y tratados por sífilis en los servicios de salud; % de todos los pacientes con sífilis que recibieron tratamiento; % de recién nacidos de madres seropositivas que recibieron tratamiento completo; % de esposos o parejas sexuales de las madres seropositivas que recibieron tratamiento.

Conclusiones

De acuerdo al estudio de la situación de la sífilis en Bolivia, los factores de riesgo significativos para una madre con sífilis son:

- Educación que alcanza sólo al ciclo básico.
- Idioma nativo, aimara o quechua hablado en casa.
- Ninguna atención prenatal.
- Ingresos familiares bajos menores a Bs 400 (US\$ 65.) por mes.
- Algún antecedente de enfermedad en el tracto reproductivo.
- Esposo o pareja con educación que no alcanza a la secundaria.

La sífilis en Bolivia no está considerada como prioridad de la salud pública comparada con la malaria o la enfermedad de Chagas.

El desarrollo de una estrategia nacional para la prevención, control y tratamiento de la sífilis congénita debe considerar:

- La realidad del país, la cultura y la multietnia.
- El desarrollo de normas factibles.
- Un plan de capacitación continua en ETS.
- Que la realización de la prueba de RPR sea adaptable y útil en los servicios de salud desde el primer hasta el tercer nivel de atención.
- Que son necesarios planes de monitoreo y vigilancia específicos y consistentes.

La sífilis congénita es una condición grave pero prevenible, podría ser eliminada en Bolivia en un mediano plazo con la estrategia del Seguro Básico de Salud.

Recomendaciones

- Mejorar el acceso a la atención prenatal y realizar el RPR en la primera visita de control prenatal.
- Capacitación continua del personal y un proceso permanente de IEC/O.
- Organizar el sistema de distribución de reactivos (RPR) y de medicinas para los servicios de salud en el marco del Seguro Básico de Salud.
- Organizar un programa de calidad de las pruebas de laboratorio.
- Organizar un sistema de supervisión capacitante, médico clínico y laboratorial eficiente y sostenible.
- Organizar un sistema de vigilancia que asegure el seguimiento de los casos y el monitoreo y evaluación del programa.

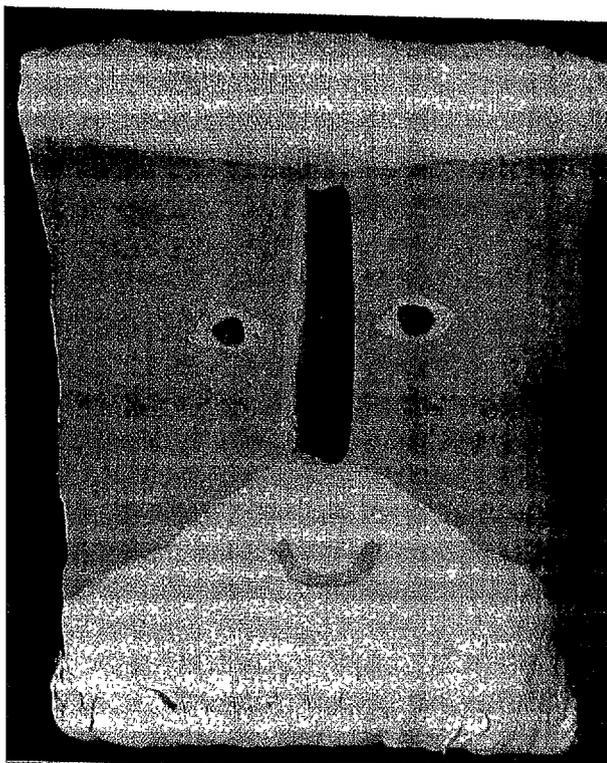
Lecciones aprendidas

Para ejecutar un programa de prevención y control de la sífilis materna y congénita es necesario un claro compromiso de parte de quienes toman las decisiones y de los proveedores de la salud. Esto es difícil de obtenerse y lograrse cuando existen otras prioridades en el campo de la salud pública.

Deben aplicarse las mejores estrategias de abogacía o cabildeo posibles para que la disseminación de los resultados de una investigación o línea de base sean tomados en cuenta y se promuevan políticas públicas.

Es importante contar con la participación y la coordinación de todas las agencias y organizaciones que trabajan en la prevención y el control de problemas de la salud materna y perinatal, ETS y VIH/SIDA.

Con el componente de ETS se ha demostrado que, desde el inicio de la investigación, para conocer la realidad de la sífilis en las maternidades, hasta la formación de una agenda política, con el establecimiento del programa de eliminación de la sífilis materna y congénita en el Seguro Básico de Salud, se requiere de un trabajo permanente y coordinado con quienes toman las decisiones en el área de la salud de la madre y el niño y en el marco de la prevención contra el VIH SIDA.



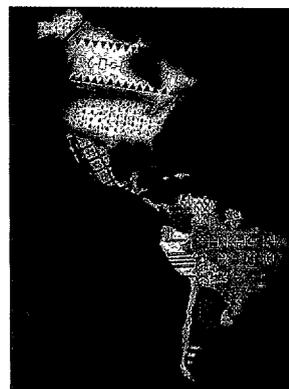
7. Promover la formación de agendas de política pública

La cooperación internacional y la propia experiencia nacional mostraron en el terreno concreto de la aplicación de las políticas una nueva temática que tiene que ver con la consecución de los objetivos de impacto y de calidad de las intervenciones sociales: el problema de la gerencia social de los proyectos de intervención.

La capacidad de administración de los proyectos de desarrollo humano y social, una vez que se habían resuelto los otros factores de incidencia en la realización de los diferentes proyectos como ser el financiamiento, la línea de base, la participación comunitaria, empieza a distinguir la ausencia de gerencia social como uno de los rasgos que van a influir en los resultados de las intervenciones sociales.

El desarrollo humano, al no ser un factor primordial del comportamiento del mercado, necesitaba de otros referentes para poder modificar las curvas de intervención y los puntos de equilibrio de las políticas sociales.

Este proceso fue determinante en el campo de la salud y, sobre todo, en la salud pública, ya que los rendimientos de mercado no dependían exclusivamente del nivel económico de las intervenciones sino de la mejora de la calidad y calidez de las ofertas y el crecimiento y eficiencia de la demanda.



6a CONFERENCIA de
ESPOSAS de JEFES de ESTADO
y de GOBIERNO de las AMERICAS
La Paz - Bolivia del 3 al 6 de diciembre de 1996

MEMORIA

Español / Inglés
Español / English

Los responsables de tomar decisiones y los proveedores de salud tenían un nivel de gerencia social incompleto para la mejora de la calidad de sus intervenciones en el campo de la salud.

Los puntos de intervención en el mercado de la salud requerían soportes en políticas de sostenibilidad capaces de formular intervenciones a nivel local, municipal, regional y nacional.

No era suficiente el armado de las líneas de base ni el proceso de organización de la información entre los demandantes de salud y los proveedores, tuvo que desarrollarse una formación de agendas políticas en salud que permitan superar el nivel de las intervenciones en el mercado de salud. Las intervenciones de la supervivencia materna y perinatal en el mercado de salud sufrieron así un importante proceso de ajuste.

En este contexto, el objetivo principal de MotherCare para promocionar políticas fue conseguir, como una primera estrategia, la provisión de servicios de calidad sostenibles para las madres y los recién nacidos. Después de realizar un estudio de línea de base, como producto de sus intervenciones en el mercado, impulsó un proceso para la formación de una agenda pública en el sector salud en torno a un paquete de intervenciones que aseguren la aplicación de una maternidad segura.

Estrategias para aumentar la demanda de los servicios

Mayor participación comunitaria

El proyecto piloto Warmi, iniciado en 1989 junto con Save the Children en la provincia Inquisivi del departamento de La Paz, permitió el trabajo con grupos de mujeres en 50 comunidades, desarrollando con ellas la experiencia del *ciclo de acción comunitaria*, cuya metodología fue identificar sus principales problemas en salud reproductiva a través del “autodiagnóstico”, lo que les permitía elaborar un plan de acción en forma conjunta entre las mujeres, sus familias y las comunidades.

Esta experiencia exitosa de Inquisivi fue incorporada en 1994 con asistencia de MotherCare en el Plan Nacional de Salud, llamado “Plan vida”, en pleno proceso de aplicación de las reformas estructurales en el país. El éxito de esta intervención hizo que de manera conjunta y bajo un acuerdo institucional MotherCare y Save the Children amplíen el proyecto Warmi en una segunda fase las actividades, expandiendo la cobertura a 513 comunidades en todo el territorio nacional, para lo cual se firmó acuerdos de cooperación con 24 ONGs locales e internacionales e instancias del sector salud.

Por otro lado, MotherCare ha diseminado paquetes de información en los municipios donde trabaja el Proyecto a través de visitas y la entrega de boletines municipales, donde se incluye información de base tanto comunitaria como de los servicios de salud, estudios de costos, entrega de material educativo, etc. Esta información, tanto por su contenido institucional como financiero, es de mucha utilidad para la planificación municipal ligada a los programas materno y neonatales. Junto con la información recogida por

nuestro sistema de monitoreo hemos podido participar en reuniones conjuntas con las municipalidades y los distritos de salud en la elaboración de los planes operativos anuales de las alcaldías y llegar a través de los mismos a compromisos importantes para priorizar en el presupuesto municipal las actividades que aseguren la aplicación de servicios de salud para las madres y los recién nacidos con calidad y calidez.

Ampliación de los conocimientos

La segunda intervención está dirigida a la aplicación de una campaña de IEC/O, focalizada en el reconocimiento y la toma de decisiones cuando se presentan señales de peligro en las mujeres embarazadas. Gracias a ella, hemos podido demostrar la posibilidad de generar un aumento de la demanda de las mujeres y sus esposos en el uso de los servicios de salud, especialmente en casos de emergencias obstétricas y neonatales. MotherCare también ha promovido la participación comunitaria a través de sus organizaciones naturales con estrategias de información, educación y comunicación.

Al mismo tiempo, las intervenciones de capacitación han incrementado la calidad de los servicios ofrecidos por los proveedores en salud. Las destrezas del personal de salud en comunicación interpersonal y orientación, ha permitido una mayor y más sensible valoración de las tradiciones y costumbres de la población, así como de sus valores y principales necesidades.

MotherCare ha demostrado las ventajas y desventajas de sus intervenciones integrando el componente de capacitación e CI/O para las madres y los recién nacidos. Los resultados son alentadores, pues la intervención realizada permitió que la experiencia se diseminara e irradiara triplicando su radio de impacto en otras partes y por otras instituciones en el país. Esto incluye un paquete de metodologías, instrumentos técnicos, normas,

procedimientos, currículo, materiales educativos de fácil manejo por parte de las autoridades locales y de las instituciones en salud.

La aplicación de un paquete que abarca desde un estudio cualitativo (diagnóstico de comunidad), la estrategia por una maternidad segura, el lanzamiento de la campaña comunicacional, el estudio de audiencia de la radionovela, la participación comunitaria, el logro en la contribución para que los servicios se vuelvan culturalmente sensitivos, la participación en el comité por una maternidad segura y su evaluación de impacto, perfilan un paquete de intervenciones que están o estaban siendo replicadas tanto por agencias de cooperación, la reforma en salud y en especial por el Ministerio de Salud y Previsión Social.

Para salvar la vida



Marge Koblinsky



Mejorar la calidad de la atención mediante estrategias de capacitación y aplicación de instrumentos normativos

En la primera fase del trabajo de MotherCare en Cochabamba (1989-1994), los proveedores de salud de 18 establecimientos y 12 ONGs fueron beneficiados con la aplicación de una estrategia de capacitación en comunicación interpersonal y orientación, manejo de embarazos y partos delicados y atención perinatal. La información recibida durante el proceso mostró que hasta ese momento no se habían establecido normas de práctica que sirvieran de “patrón oro” para determinar el desempeño de los proveedores en salud.

Esta situación deficitaria obligó a MotherCare a desarrollar, en una segunda fase, una estrategia de aplicación de normas de práctica (protocolos) para todos los proveedores en salud por solicitud del Ministerio de Salud y Previsión Social y con ayuda de representantes de este Ministerio, asociaciones profesionales y facultades de medicina. Esos protocolos fueron finalmente adoptados por el gobierno como Norma Boliviana de Salud (NB-SNS-02-96) y distribuidos a todo el país.

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

En diciembre de 1998 se adoptó un currículo actualizado de *Manejo de complicaciones obstétricas y perinatales*, adoptado por las universidades estatales de San Simón y San Andrés como parte de la formación teórica de los estudiantes de medicina. La inclusión de atención obstétrica y neonatal esencial en el currículo de la facultad de medicina asegura que los médicos recién graduados adquieran conocimientos prácticos apropiados sobre este campo vital desde el comienzo de su carrera.

Políticas de salud materna en la esfera nacional

Un estudio de la seroprevalencia materna y congénita, realizado por MotherCare con el apoyo técnico de los Centros para la prevención y control de enfermedades de los Estados Unidos en 1996-1997, mostró que la prevalencia de la sífilis materna era de por lo menos de 4,3% en madres con nacidos vivos y de 26% en madres con nacidos muertos. Estas alarmantes estadísticas llevaron al Ministerio de Salud y Previsión Social de Bolivia a establecer un plan y una política nacional para la eliminación de la sífilis materna y congénita incluidos en el Seguro Básico

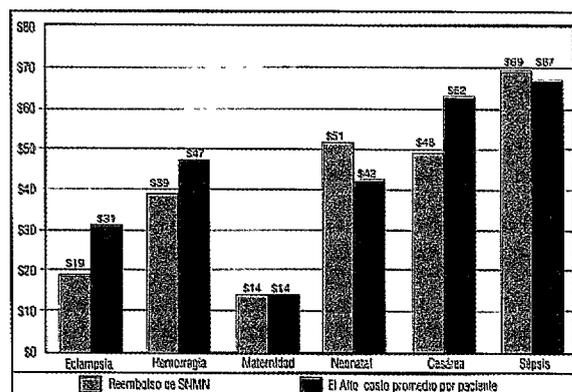
de Salud. El programa se está realizando en colaboración con el Ministerio de Salud y Previsión Social, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), UNICEF y MotherCare. Ya se han adaptado los manuales de capacitación para la prevención y el control de la sífilis en los programas de salud materno-infantil a partir de un proyecto piloto realizado por MotherCare en Kenya.

El estudio de costos del paquete materno perinatal y su comparación con los costos variables del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez

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

MotherCare, en colaboración con la OMS y Partnerships for Health Reform (PHR) realizó una encuesta para establecer el costo de la prestación de los servicios actualmente cubiertos por el Seguro Nacional de la Madre y el Niño y el futuro costo si se llegan a poner en práctica las nuevas normas nacionales propuestas. Esas cifras se compararon luego con la asignación de

recursos establecidos por el Seguro Nacional de la Madre y el Niño. Se utilizó la hoja de cálculo electrónico de costos del Módulo para la *madre y el lactante* de la OMS (MBPCS), instrumento de uso fácil basado en Microsoft Excel, en el estudio de costos en los tres niveles de establecimientos de atención de salud (hospitales, centros y puestos de salud) en los distritos de MotherCare.



Conclusiones

MotherCare-Bolivia recalca enfáticamente la importancia de la colaboración política para lograr sus objetivos:

- Trabajar junto con el Ministerio de Salud y Previsión Social para elaborar protocolos, que ahora se distribuyen por todo el país.
- Poner en práctica la metodología del proyecto Warmi en todo el país por medio de ONGs y las dependencias locales del Ministerio de Salud y Previsión Social.
- Apoyar el currículo de las facultades de medicina basado en la competencia sobre el tratamiento de los casos obstétricos y neonatales.
- Ejecutar el plan nacional para la eliminación de la sífilis materna y congénita y promover una política nacional para incorporar el examen de sífilis materna a los servicios de atención prenatal.
- Diseminar con el Ministerio de Salud y Previsión Social y con el Despacho de la Primera Dama la estrategia nacional *por una maternidad segura*.

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

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

Capítulo III

El balance

A. Evaluación e impacto

¿Ha generado la intervención de MotherCare un incremento en la cobertura de atención de los servicios de salud a las necesidades de cuidado materno y neonatal? Esta es la cuestión principal que intentaremos responder aquí.

Para ello, utilizaremos los indicadores presentados en la descripción del sistema de monitoreo de MotherCare. Sin embargo, las mediciones de impactos sobre mortalidad materna y neonatal son difíciles de obtener y no se incluyen en este análisis. Asimismo, la calidad de los datos es muy variable, la población de estudio es pequeña y la información no siempre es confiable debido a que un porcentaje considerable de embarazos, partos y fallecimientos ocurren sin contacto con el sistema de información en salud.

1. Diseño del estudio

Las intervenciones de MotherCare fueron aplicadas en la comunidad y en los servicios de salud en 7 distritos de La Paz y Cochabamba. En el distrito control, Illampu, se planeó un contacto mínimo con el programa MotherCare; sin embargo, para la evaluación del componente de IEC/O se tomaron otros distritos controles. El contacto con el distrito control se realizó para



hacer el *Estudio de línea de base* y para llevar a cabo las actividades de monitoreo y validación de los datos recolectados como parte del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS).

El período de estudio (enero de 1996 a junio de 1999)

La introducción del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez se inició en julio de 1996, por tanto, los primeros 6 meses de 1996 constituyen el único período libre de tales efectos durante las actividades de MotherCare. Ya que se necesitaba recolectar información sobre complicaciones obstétricas y neonatales de los establecimientos de salud, tanto en los distritos de MotherCare como en el distrito control, se determinó recolectar los datos de los primeros 6 meses de cada año hasta 1999.

El lapso entre enero y junio de 1997 muestra los primeros efectos del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez sobre la conducta de las mujeres, mientras que 1998 representa los primeros efectos de las intervenciones de MotherCare, tanto en capacitación como en actividades IEC/O que fueron ejecutadas en 1997. Las intervenciones continuaron durante 1998 y siguieron en 1999, a pesar de que los efectos de la capacitación fueron diluidos debido a la transferencia del personal capacitado por MotherCare, como fruto del procedimiento anual que realiza el Ministerio de Salud y Previsión Social. El Seguro Básico de Salud fue introducido por el gobierno boliviano en diciembre de 1998, por lo que pueden existir algunos efectos de este programa detectados durante los primeros 6 meses de 1999, aunque su inicio formal fue en junio.

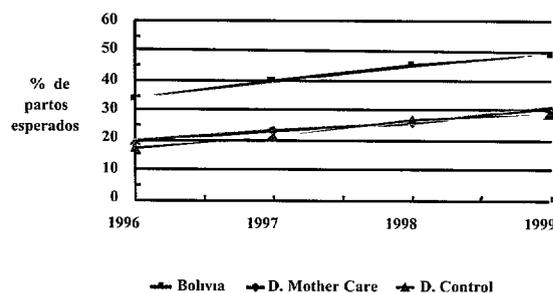
2. Instrumentos de medida

Fundamentos para usar el número estimado de partos o embarazos como denominador

Existen discrepancias entre el número real de partos en un área geográfica y aquellos registrados en el SNIS (ver Gráfico 1). La mayoría de los partos suceden en el hogar y no siempre son tomados en cuenta por el SNIS. Se piensa que el número de partos estimados por el SNIS proveniente de los datos del censo es más consistente.

Gráfico 1

Partos en servicios de salud informados al SNIS
Ene - Jun 1996-99



Fundamento para la aplicación de escala logarítmica en gráficos

La escala del logaritmo (log) usada en varios gráficos es la Y-axis (una muestra semi-logarítmica, debido a que la escala log se usa solamente en un axis). La escala log muestra la tasa de incremento de los porcentajes a través del tiempo, es decir, cuán rápido se incrementan las tasas de año en año. Dicho de otra forma, la escala muestra el cambio en el segundo año en relación al primero. Debe tomarse en cuenta que las tasas bajas (como en el distrito control) mostrarán cambios más dramáticos que las tasas más altas (como en los distritos de MotherCare).

Ventajas del uso de la escala log

- Una línea recta indica una tasa de cambio constante. Esto significa que una intervención no cambió la tasa usual de incremento.
- La inclinación de la línea de un año a otro representa la tasa de incremento, que es el índice de incremento; así, cuando más pronunciada es la inclinación de la línea, mayor la tasa relativa de incremento.
- Dos líneas que siguen un camino paralelo tienen tasas idénticas de incremento.

La comparación de las tasas de incremento (relativo) de un año a otro y sobre el período total de tiempo es otra forma de revisar los patrones en los datos. La pregunta es si los incrementos fueron más dramáticos en los distritos que contaban con las intervenciones añadidas del proyecto MotherCare comparadas con las áreas que contaban solamente con los programas del Seguro.

3. Uso de los servicios de salud para la atención del parto

El indicador usado es el número de partos reportados al SNIS en los servicios de salud, dividido entre el número total de partos esperados en cada área geográfica durante 6 meses de cada año. Esta es una medida de cobertura de servicios de salud. Es también un indicador del efecto de las intervenciones realizadas por el proyecto MotherCare sobre acceso y cobertura de servicios. También mide el efecto de las intervenciones para incrementar la voluntad de las mujeres (familias) de buscar atención (demanda), para mejorar la competencia de los proveedores de salud, para mejorar la calidad de atención y los cambios en políticas (oferta).

Durante 1996-1999 hubieron incrementos en el porcentaje de partos en los servicios de salud en toda Bolivia, en los distritos de MotherCare y en el distrito control (ver Gráfico 2).

Los distritos de MotherCare tenían en 1996 14% de partos atendidos en los servicios de salud, y 3,9% en el distrito control. Para 1999 los distritos de MotherCare habían incrementado esta cifra a 23,7%, mientras que el distrito control sólo alcanzó 9,7% (ver Tabla 1).

De 1996 a 1999 los partos en establecimientos de salud se incrementaron a 41% en los distritos de MotherCare. Esto se atribuye al efecto combinado de los Seguros, las intervenciones de MotherCare y otros factores. En el distrito control se registró un incremento del 60% en el uso de servicios de salud en casos de partos ocurridos entre 1996 y 1999, atribuibles al efecto de los Seguros y otros factores. Un incremento tan grande se debe al bajo porcentaje de partos en establecimientos de salud en 1996, 3.9% en el distrito control. Sin embargo, el porcentaje de partos esperados ocurridos en los servicios de salud en el distrito control en 1999 es aún 2 y 1/2 veces menor que los que suceden en los distritos de MotherCare (9,7% y 23,7%, respectivamente). El incremento general en Bolivia para el período fue del 38%.

Gráfico 2

**Cobertura de partos institucionales
Ene - Jun 1996-99**

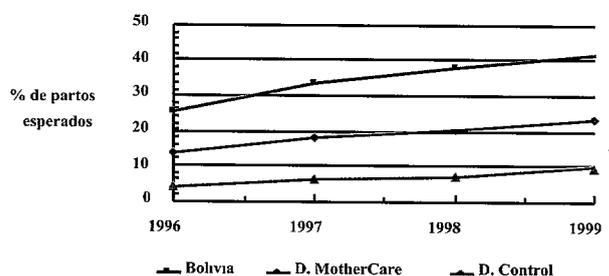


Tabla 1
Partos atendidos en servicio

Bolivia	1996	1997	1998	1999
Partos en servicios	35,875	47,654	53,711	59,013
Partos esperados	139.049	140.018	140.985	141.945
Indicador %	25,80	34,03	38,10	41,57
Distritos MotherCare	1996	1997	1998	1999
Partos en servicios	1.703	2.253	2.566	3.056
Partos esperados	12.143	12.313	12.772	12.919
Indicador %	14,02	18,30	20,09	23,66
Distrito Illampu	1996	1997	1998	1999
Partos en servicios	78	125	143	187
Partos esperados	1.997	1.974	1.951	1.926
Indicador %	3,91	6,33	7,33	9,71

Tabla 2
Partos atendidos en domicilio por personal de salud

Distritos MotherCare	1996	1997	1998	1999
Partos atendidos por personal de salud	223	280	316	378
Partos esperados	12.143	12.313	12.772	12.919
Indicador %	1,84	2,27	2,47	2,93
Distrito Illampu	1996	1997	1998	1999
Partos atendidos por personal de salud	144	177	275	260
Partos esperados	1.997	1.974	1.951	1.926
Indicador %	7,21	8,97	14,10	13,50

Tabla 3

Partos atendidos en domicilio por partera capacitada

Distritos MotherCare	1996	1997	1998	1999
Partos atendidos por partera capacitada	420	340	366	509
Partos esperados	12.143	12.313	12.772	12.919
Indicador %	3,46	2,76	2,87	3,94

Distrito Illampu	1996	1997	1998	1999
Partos atendidos por partera capacitada	118	107	97	104
Partos esperados	1.997	1.974	1.951	1.926
Indicador %	5,91	5,42	4,97	5,40

Fuente: Información del SNIS para los meses de enero a junio de cada año.

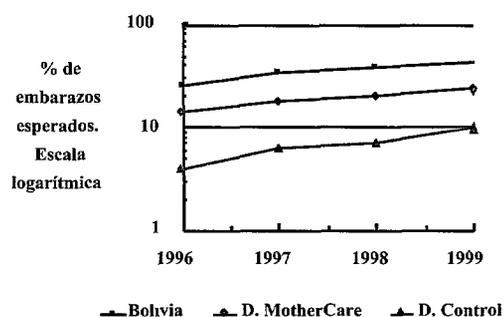
Los patrones de incremento son más visibles en el Gráfico 3 que usa una escala logarítmica (log) para presentar los mismos datos del Gráfico 2.

La mayor tasa de incremento para las tres áreas geográficas sucedió entre 1996 y 1997 con la introducción del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez. El incremento relativo para Bolivia y los distritos de MotherCare es similar, mientras que el distrito control tiene el incremento más pronunciado. El segundo mayor incremento para todas las áreas ocurrió entre 1998-1999.

Cuando un área (como el distrito control) tiene muy bajos porcentajes de uso, el cambio de 3% a 6% de mujeres embarazadas que acuden a los servicios representa el doble en las tasas de utilización. A medida que el uso se incrementa en un área se torna difícil mostrar cifras que se dupliquen, ya que para los distritos de MotherCare, con 14% de uso al inicio, las tasas deberían incrementarse al 28%, por ejemplo, para mostrar cifras duplicadas en un período de tiempo comparable.

Gráfico 3

Incremento en porcentajes de la cobertura de los partos institucionales, Ene - Jun 1996-99



El porcentaje de cambio calculado en las cifras anuales entre 1997 y 1998 es casi el mismo para Bolivia y para los distritos de MotherCare: cerca del 24% (no se muestran los datos). El distrito control experimentó el mayor porcentaje de cambio, 38%. El 24% de incremento en las tasas de utilización de los servicios en los distritos de MotherCare en los primeros 6 meses de 1998 puede deberse a cualquier cambio ocurrido entre 1997 y 1998, en este caso la introducción del programa de Seguros y otros factores. El programa de Seguros alivió significativamente las barreras de acceso económico para las mujeres embarazadas que buscaban atención en el parto.

El período 1997-1998 muestra un incremento de casi la mitad con respecto al anterior. El período 1998-1999 tiene un porcentaje más alto de cambio en tasas en comparación con el distrito control, siendo más alto que los distritos de MotherCare (24% comparado con 15%). El programa del Seguro Básico fue introducido a fines de 1998, y puede haber servido para acelerar el uso de servicios formales de atención. Los distritos de MotherCare muestran un porcentaje de cambio mayor en 1998-1999, en comparación a los de Bolivia en general.

Partos en servicios de salud

El indicador usado es el número de partos reportados al SNIS como ocurre en los servicios de salud dividido entre el número total de partos esperados en cada área geográfica durante 6 meses para cada año. Este mide:

- Cobertura de los servicios de salud.
- El efecto de las intervenciones del proyecto MotherCare en cuanto a acceso y cobertura en los servicios de salud
- El efecto de las intervenciones para incrementar la disposición de la mujer (familia) de buscar atención, la mejora de las competencias de los proveedores de salud, la mejora en la calidad de atención y los cambios en políticas.

A nivel nacional, así como en los distritos de Mothercare y en el distrito control, se verificó un incremento en el porcentaje de atención de partos en el período 1996-1999 (Gráfico 2). Los distritos de MotherCare tuvieron incrementos absolutos más altos cada año en el porcentaje de partos ocurridos en servicios de salud en comparación al distrito control.

Los distritos de MotherCare empezaron en 1996 con un 14% de partos atendidos en servicios de salud, en comparación con 3,9% en el distrito control. Para 1999 los distritos de MotherCare presentaban un incremento, llegando al 23,7% de partos en servicios de salud, mientras que el distrito control sólo presentaba 9,7% (ver las cifras en la Tabla 1). Las grandes diferencias existentes entre los distritos de MotherCare y de control hacen difícil evaluar los cambios en las tasas.

Tabla 4
Incremento de partos atendidos en servicios de salud

		1996	1997	1998	1999
Partos atendidos	D. MC %	14	18,3	20,1	23,7
	D. C. %	3,9	6,3	7,3	9,7
Incremento absoluto de año a año	D. MC %	-	4,3	1,8	3,6
	D. C. %	-	2,4	1,0	2,4
% de incremento de la tasa del año anterior atribuible a cualquier cambio	D. MC %	-	23,4	8,9	15,1
	D. C. %	-	38,2	13,6	24,5

Nota:

D. MC: Distritos de salud donde trabaja MotherCare.

D. C.: Distrito control.

Incremento absoluto: tasa para 1997 - tasa para 1996.

Cálculo del % atribuible: $\frac{\text{tasa para 1997} - \text{tasa para 1996}}{\text{tasa para 1997}}$, calculada en forma similar para pares de años sucesivos.

En los distritos de MotherCare, el 23,4% del incremento en las tasas de uso de los servicios durante los primeros 6 meses de 1997 pueden atribuirse a la introducción del Seguro Materno Infantil y otros factores, y el 38,2% de la tasa de 1997 en el distrito control, también a las mismas razones (Tabla 4). El Programa de Seguro Ma-

terno Infantil alivió algunas de las barreras económicas de acceso para la atención del parto.

Los cambios atribuibles para 1998 son los más bajos dentro del período de cuatro años; pero en 1999, luego de la introducción del Seguro Básico de Salud en 1998, se observa un incremento. El Seguro puede haber servido para acelerar el

uso de servicios maternos formales. Sin embargo, en el período 1997-1998, cuando las intervenciones de MotherCare fueron establecidas firmemente, los distritos de MotherCare tuvieron un incremento absoluto mayor en las tasas en comparación con el área control.

No puede establecerse cuál es el período necesario para mantener estos incrementos de uso de servicios ocurridos con el inicio del Seguro Básico de Salud. Para mantener los incrementos, es necesario aplicar el tipo de cambios en calidad de atención y en educación en la comunidad introducidos por el proyecto MotherCare. Si la calidad de atención no se mantiene, entonces las mujeres volverán a la práctica de buscar atención a sus partos fuera del sistema de salud. Esta conclusión se apoya en parte en las disminuciones experimentadas entre 1997-1998.

Lugar y atención del parto

El indicador usado es el número de todos los partos registrados en el SNIS ocurridos en servicios de salud, en el hogar con un proveedor de salud capacitado o en el hogar con una partera capacitada, entre el número total de partos esperados en cada área geográfica durante 6 meses para cada año.

Los distritos de MotherCare y el distrito control tienen un diferente patrón de uso de servicios para partos (Gráfico 4). En 1999, las madres en los distritos de MotherCare tenían 2 y 1/2 más probabilidades de tener su parto en los servicios de salud que las madres en el distrito control, 23,7% vs. 9,7% (ver datos en la Tabla 4).

El porcentaje de partos esperados ocurridos en el hogar con personal no capacitado (y no reportado al SNIS) es aproximadamente el mismo para los distritos de MotherCare y para el distrito control, 69,5% y 71,4% respectivamente.

Los nacimientos en el hogar con personal capacitado o con parteras capacitadas se incrementó levemente en los distritos de MotherCare (Gráfico 5 y 6). En el distrito control, las madres hicieron un uso más alto del parto domiciliario con personal capacitado; las tasas casi se duplicaron de 1996 a 1999.

Significativamente, en los distritos de MotherCare el incremento total de partos atendidos ocurrió debido al uso de los servicios institucionales de salud. En el distrito control, sin embargo, continuó el patrón de uso de parto domiciliario, pero con personal capacitado.

En el período comprendido entre 1996 y 1999 mejoró el reporte de partos al SNIS. El reporte en los distritos de MotherCare mejoró más que en el distrito control, aunque las diferencias no son significativas (ver datos en Gráfico 1).

4. Demanda satisfecha para complicaciones obstétricas

Un objetivo importante del proyecto MotherCare fue incrementar el número de mujeres embarazadas con *complicaciones* que acuden a recibir atención médica donde se pueda brindar cuidados obstétricos esenciales y capacidad de resolución para evitar la muerte materna y perinatal. El logro de este objetivo se denomina “demanda satisfecha”, ya que indica la proporción de la necesidad de atención que ha sido satisfecha por el sistema de atención en salud.

El indicador es el número de mujeres con complicaciones obstétricas serias y directas que se atienden en servicios de salud con capacidad para manejar emergencias obstétricas y brindar cuidados esenciales, dividido por el número esperado de nacidos vivos, y multiplicado por 15% para cada área geográfica durante 6 meses para cada

año. La cifra de 15% es el estimado que utilizan los expertos como porcentaje de embarazos que se espera presenten complicaciones obstétricas serias y directas.

Las causas de las complicaciones obstétricas graves y directas en los distritos de MotherCare y en el distrito control fueron identificadas y codificadas de acuerdo con los registros de las historias clínicas. Figuran: hemorragia (que puede ocurrir por placenta previa o desprendimiento); preparto, intraparto o post-parto; inversión uterina; rotura de útero; parto prolongado u obstinado, distocia, mala presentación, desproporción céfalo-pélvica; sepsis en el post-parto, pre-eclampsia severa, eclampsia; embarazo ectópico; anemia severa, embarazo múltiple. No se incluyó a mujeres con complicaciones de aborto, abortos, rotura prematura de membranas, parto prematuro, enfermedades de transmisión sexual; embarazo prolongado; falso trabajo de parto; hiperemesis gravídica y otras complicaciones.

Las complicaciones del aborto no fueron incluidas en el análisis debido a que no fueron averiguadas de manera sistemática durante la recolección de los datos sobre complicaciones. Se dice que Bolivia tiene un alto índice de abortos, más alto que otros países en Latinoamérica.

Los servicios esenciales y de emergencia incluyen medidas básicas de manejo de complicaciones en el embarazo, monitoreo del parto, desempeño de procedimientos manuales durante y luego del parto, tratamiento médico de enfermedades, así como servicios de emergencia para salvar vidas, con procedimientos quirúrgicos durante y luego del parto, anestesia y transfusiones de sangre.

Datos de complicaciones obstétricas

La base de datos registra un total de 4.831 mujeres con 5.275 complicaciones graves durante los primeros 6 meses de los cuatro años estudia-

Gráfico 4

Lugar y persona que atiende el parto

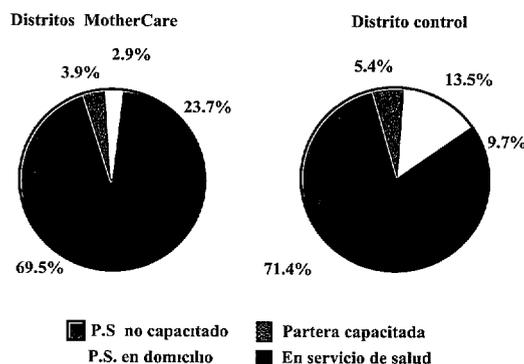


Gráfico 5

Lugar y atención del parto Distritos MotherCare - Ene-jun 1996-99

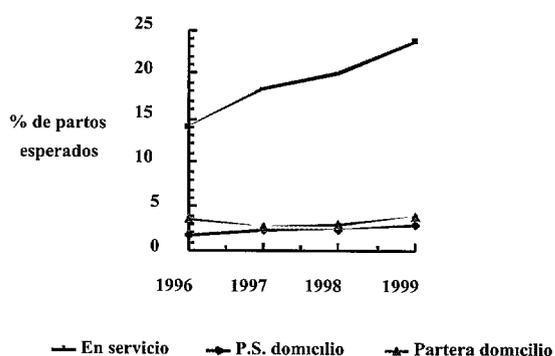
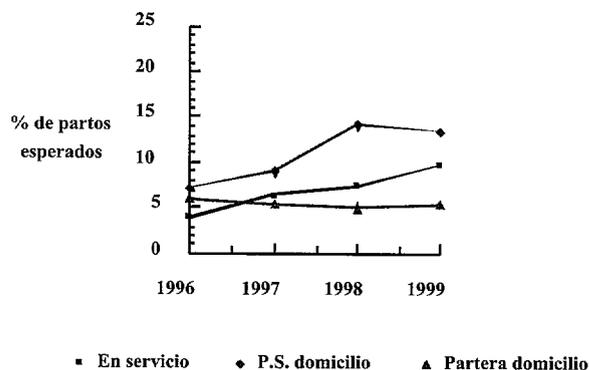


Gráfico 6

Lugar y atención del parto Distrito control - Ene-jun 1996-99



dos. Las complicaciones tomadas en cuenta para mujeres con más de una complicación importante en una visita es del 8,4%, y podría ser menos, ya que pocas mujeres presentan más de dos complicaciones.

De las mujeres que presentaban complicaciones obstétricas graves fueron pocas las visitadas

en diferentes momentos, y se las cuenta por cada admisión de forma separada.

El numerador es el número de mujeres que experimentaron por lo menos una complicación obstétrica grave directa en algún momento y que se presentó en un establecimiento de salud que brinde atención de emergencia y primaria (ver Tabla 5).

Tabla 5

**Mujeres con complicaciones obstétricas graves directas
(enero a junio de cada año)**

	1996	1997	1998	1999
D. MC %	155	268	342	489
D. C. %	21	31	50	62

Tabla 6

**Número estimado de partos con complicaciones obstétricas
(enero a junio de cada año)**

	1996	1997	1998	1999
D. MC %	1.594	1.625	1.634	1.647
D. C. %	280	273	266	259

Nota: Este es el 15% de todos los nacidos vivos esperados.

Fundamento para usar como denominador el número esperado de nacidos vivos en vez de el número de nacidos vivos

El denominador de nacidos vivos para el indicador de demanda satisfecha (complicaciones obstétricas) proviene de los datos del SNIS, que calculamos que tienen una tasa de captura para nacidos vivos que alcanza a 19-30,5% en los distritos MotherCare y 17-28,6% en el distrito control. Por ejemplo, el número de nacidos vivos registrados para los 6 meses de 1996 en los distritos de MotherCare, provenientes de la base de datos del SNIS, es de 1.661, mientras que el número de partos esperados es de 12.143 (Tabla 2). Por esta razón, usamos el número esperado de nacidos vivos como base del denominador para el indicador.

El denominador para el indicador es “nacidos vivos esperados”; proviene del SNIS, que usa datos del censo de población para estimarlos por cada municipalidad. Las municipalidades apropiadas fueron identificadas y el número final fue calculado. Se usaron los primeros 6 meses de cada año.

La cobertura de complicaciones obstétricas graves y directas en los establecimientos de salud con capacidad para brindar atención obstétrica se fue incrementando en los distritos de MotherCare y en el distrito control.

El porcentaje de demanda satisfecha fue levemente más alto en los distritos de MotherCare que en el distrito control en 1996 (9,7% vs. 7,5%). El patrón continúa durante los cuatro años (Tabla 7). Los porcentajes de necesidad satisfecha para 1999 se incrementaron tres veces más con respecto a los porcentajes de 1996.

Tabla 7
Demanda satisfecha para complicaciones graves

		1996	1997	1998	1999
% de partos complicados esperados	D. MC %	9,7	16,5	20,9	29,7
	D. C. %	7,5	11,4	18,8	23,9
Incremento absoluto de año a año	D. MC %	-	6,8	4,4	8,8
	D. C. %	-	3,9	7,4	5,1
% de incremento de la tasa del año anterior atribuible a cualquier cambio	D. MC %	-	41,2	21,1	29,6
	D. C. %	-	34,2	39,4	21,3

Nota:

D. MC: Distritos de salud donde trabaja MotherCare.

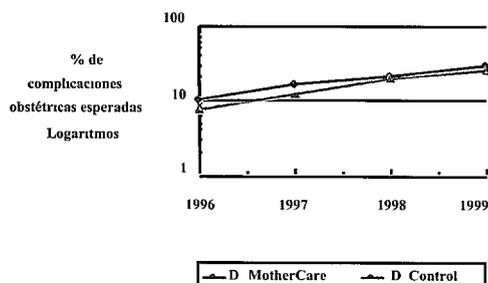
D. C.: Distrito control.

Incremento absoluto de año a año: Tasa para 1997 - tasa para 1996.

% de incremento en nuevo año de la tasa del año anterior atribuible a cualquier cambio: Tasa para 1997, menos la tasa para 1996, dividido entre la tasa para 1997, calculada en forma similar para pares de años sucesivos.

Gráfico 7

Incremento en la demanda satisfecha de las complicaciones obstétricas graves Ene - jun 1996-99



Durante el primer y el último período, el incremento absoluto en las tasas fue mayor en los distritos de MotherCare que en el distrito control. En todo el período, los distritos de MotherCare experimentaron un incremento mayor.

Los distritos de MotherCare tienen la tasa más alta de incremento en el primer período de 1996-1997, mientras que el distrito control muestra un incremento mayor en el segundo período, 1997-1998 (Gráfico 7).

El porcentaje de la tasa de demanda satisfecha en 1998, que puede ser atribuible a cambios desde 1997, es de 21,1% en los distritos de MotherCare. Esto es cerca de la mitad de lo que se vio en 1997 luego de los cambios ocurridos en 1996. Los distritos de MotherCare tienen porcentajes atribuibles más altos que el distrito control para 1997 y 1998.

La pregunta es si el incremento en la demanda satisfecha es sólo un reflejo del incremento general en el número de mujeres que buscan atención en el parto en establecimientos de salud luego de la aplicación del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, o si es un incremento selectivo, es decir, como consecuencia de las actividades que realizó MotherCare en la comunidad para sensibilizar a las mujeres y sus familias sobre la

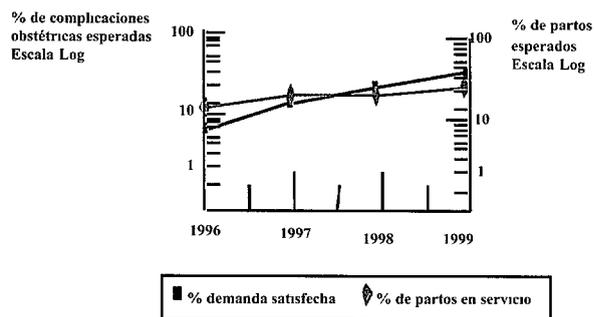
necesidad de atención en el caso de ocurrir una complicación obstétrica.

Existen diferencias en los denominadores usados en los dos indicadores que trataremos. El indicador de demanda satisfecha usa el número de nacidos vivos esperados con complicaciones obstétricas graves, mientras que el indicador de servicios ofrecidos para el parto usa el número de partos esperados.

Se ven dos patrones diferentes en las dos áreas. En los distritos de MotherCare, los dos indicadores se cruzan; es decir, en 1996 la tasa de uso para complicaciones obstétricas era más baja que para partos en general (Gráfico 8). En 1999, los distritos de MotherCare muestran un porcentaje más alto de mujeres con complicaciones obstétricas que buscan atención en comparación con aquellas que lo hace solamente por parto. Esto sugiere un cambio de conducta en los distritos de MotherCare en cuanto a la utilización de los servicios cuando se presentan complicaciones. En el distrito control el indicador de demanda satisfecha tiene consistentemente valores más altos que el indicador para uso de partos, y no presenta un cambio en el patrón durante el período dado.

Gráfico 8

Incremento de la demanda satisfecha por complicaciones obstétricas graves comparado con el incremento del porcentaje de partos esperados Distritos MotherCare Ene - jun 1996-99



5. Cesáreas

La mayoría de las cesáreas se realizan en los servicios de II y III nivel de atención; las pacientes llegan referidas de otros servicios de menor complejidad y las causas para la cesárea responden a complicaciones obstétricas. No corresponde realizar una comparación entre los distritos de MotherCare y el distrito control (en los distritos de MotherCare, de enero a junio de 1999, el SNIS registra 293 cesáreas, y en el distrito control, sólo tres).

6. Cobertura para atención preventiva en salud

a. Cuidado prenatal

Las intervenciones de MotherCare señalaron la importancia de buscar atención prenatal.

El indicador usado es el siguiente: el porcentaje de mujeres embarazadas que realizan por lo menos una visita de control prenatal a un servicio de salud y que se reporta al SNIS, dividido entre el número total de embarazos esperados en cada área geográfica durante 6 meses por cada año.

El indicador de cobertura se ve afectado por la toma de decisión e intención de la mujer de buscar atención y por la disponibilidad y acceso a los servicios.

El porcentaje de mujeres que recibió por lo menos una visita de cuidado prenatal se incrementó en ambas áreas en el período comprendido entre 1996-1998. El distrito control, sin embargo, experimentó en 1999 una disminución, mientras que en los distritos de MotherCare la tasa se incrementó al 94,5% de embarazos esperados que acuden por lo menos a una visita prenatal. Los distritos de MotherCare tuvieron incrementos absolutos más altos cada año en comparación con el distrito control, excepto en 1997-1998 (ver Tabla 8).

Tabla 8

Cobertura de atención prenatal (por lo menos una visita)

		1996	1997	1998	1999
% de partos esperados	D. MC %	61,6	73,9	80,0	94,5
	D. C. %	31,4	42,0	52,0	49,4
Incremento absoluto de año a año	D. MC %	-	12,3	6,1	14,5
	D. C. %	-	10,6	10,0	-2,6
% de incremento de la tasa del año anterior atribuible a cualquier cambio	D. MC %	-	16,6	7,6	15,3
	D. C. %	-	25,2	19,2	-5,3

Nota:

D. MC: Distritos de salud donde trabaja MotherCare.

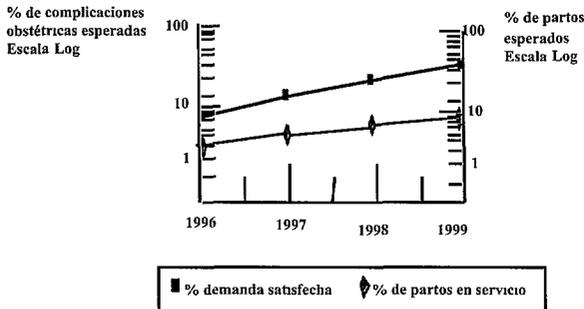
D. C.: Distrito control.

Incremento absoluto de año a año: Tasa para 1997 menos la tasa para 1996.

% de incremento en nuevo año de la tasa del año anterior atribuible a cualquier cambio: Tasa para 1997, menos la tasa para 1996 dividido entre la tasa para 1997. Calculada en forma similar para pares de años sucesivos.

Gráfico 9

Incremento de la demanda satisfecha por complicaciones obstétricas graves comparado con el incremento del porcentaje de partos esperados
Distrito control Ene - jun 1996-99



Las tasas más altas de incremento para los distritos de MotherCare se dieron de 1996 a 1997, y, nuevamente, de 1998 a 1999 (Gráfico 9). Los incrementos son más pronunciados en el distrito control, excepto en 1999, cuando se reporta una disminución.

Los cambios atribuibles en tasas son altos en ambas áreas para 1997 (16,6% y 25,2%, respectivamente), luego de la puesta en marcha del Seguro, que incluye el acceso al cuidado prenatal sin costo para la embarazada. El incremento atribuible menor ocurrió en 1998. En los cuatro años, el porcentaje de incremento para el uso del cuidado prenatal para 1999 en cada área puede ser atribuido a cambios, ya que la tasa base de 1996 es casi la misma, 35% en los distritos de MotherCare y 36% en el distrito control.

El segundo indicador de cuidado prenatal se refiere a si la mujer embarazada acudió a buscar atención más de una vez; usa el número de visi-

Tabla 9

Embarazadas con cuatro controles prenatales

		1996	1997	1998	1999
% de partos esperados	D. MC %	13,7	20,4	23,2	26,3
	D. C. %	3,9	6,1	8,7	9,1
Incremento absoluto de año a año	D. MC %	-	6,7	2,8	3,1
	D. C. %	-	2,2	2,6	0,4
% de incremento de la tasa del año anterior atribuible a cualquier cambio	D. MC %	-	33,0	12,1	11,8
	D. C. %	-	36,1	29,9	4,4

Nota:

D. MC: Distritos de salud donde trabaja MotherCare.

D. C.: Distrito control.

Incremento absoluto: Tasa para 1997, menos tasa para 1996.

Cálculo del % atribuible: Tasa para 1997, menos tasa para 1996 dividido entre tasa para 1997. Calculada en forma similar para pares de años sucesivos.

tas que los expertos consideran como número mínimo aceptable para que mejore la calidad de atención.

El indicador es igual al porcentaje de mujeres que acuden por lo menos a cuatro visitas prenatales durante su embarazo, dividido entre el número total de embarazos esperados en cada área geográfica durante 6 meses de cada año. Es un indicador de cobertura y una medida de sustitución para calidad de atención.

El porcentaje de mujeres con por lo menos cuatro visitas prenatales se incrementó en ambas áreas en el período 1996-1998. Los distritos de MotherCare tuvieron incrementos anuales absolutos en comparación con el distrito control: casi tres veces más altos en los períodos comprendidos entre 1996-1997 y 1998-1999 (ver Tabla 9).

En los distritos de MotherCare, el porcentaje de la tasa de 1998, que puede ser atribuible a las

intervenciones de MotherCare y otros factores desde 1997, es del 12,0%. Este porcentaje es menor que el de 1997, atribuible a cambios desde 1996, 33%

El tercer indicador de la calidad y cobertura de cuidado prenatal es el porcentaje de mujeres embarazadas que reciben su primera visita prenatal antes del 5° mes de embarazo. El denominador es el número total de embarazos esperados en cada área geográfica durante 6 meses para cada año.

El porcentaje de mujeres con una primera visita prenatal antes del 5° mes de embarazo se incrementó en ambas áreas en el período 1996-1998, pero su incremento en los distritos de MotherCare en 1999 fue dramático. Los distritos de MotherCare tuvieron incrementos absolutos más altos comparados con el distrito control, excepto en 1998 (Tabla 10).

Tabla 10
Embarazadas con un control prenatal
antes del 5° mes

		1996	1997	1998	1999
% de partos esperados	D. MC %	22,6	28,4	31,1	46,1
	D.C. %	11,4	12,5	15,9	15,3
Incremento absoluto de año a año	D. MC %	-	5,8	2,7	15,0
	D.C. %	-	1,1	3,4	0,6
% de incremento de la tasa del año anterior atribuible a cualquier cambio	D. MC %	-	20,4	8,7	32,5
	D.C. %	-	8,8	21,4	-3,9

Nota:

D. MC: Distritos de salud donde trabaja MotherCare.

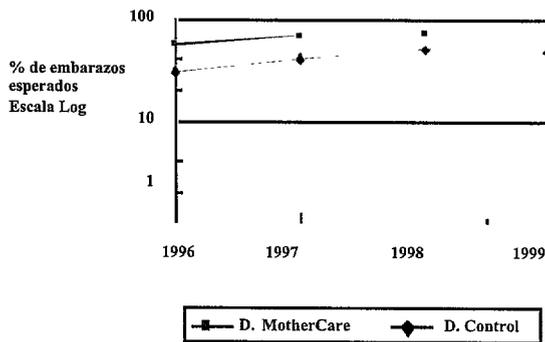
D. C.: Distrito control.

Incremento absoluto: Tasa para 1997, menos tasa para 1996.

% de incremento en nuevo año de la tasa del año anterior atribuible a cualquier cambio: Tasa para 1997, menos la tasa para 1996, dividido entre la tasa para 1997, calculada en forma similar para pares de años sucesivos.

Gráfico 10

**Incremento de la cobertura de control prenatal
Ene - jun 1996-99**



Las tasas más altas de incremento en los distritos de MotherCare se presentan de 1998 a 1999, mientras que en el distrito control lo hace entre 1997 y 1998 (Gráfico 10). Los distritos de MotherCare mantuvieron su tasa de incremento para 1999 en comparación con el distrito control.

El porcentaje de la tasa para 1998, que puede ser atribuible a cambios ocurridos desde 1997, es del 8,7%, menor que el porcentaje de 1997, atribuible a cambios desde 1996, 20,4%.

b. Vacuna de toxoide tetánico

Un buen cuidado prenatal incluye la vacunación de las mujeres contra el tétano. Cada mujer debe recibir dos dosis de la vacuna durante su embarazo para prevenir el tétano en el recién nacido, una enfermedad mortal.

El indicador es el número de mujeres que ha recibido por lo menos dos dosis de la vacuna contra el tétano durante su embarazo, entre el número total de embarazos esperados en cada área geográfica durante 6 meses para cada año.

Este es un indicador de cobertura y de calidad de atención.

El patrón de vacunaciones es similar en ambas poblaciones, por ejemplo, disminuye en ambas a un punto muy bajo en 1998 y luego aumenta en 1999 (Tabla 11). Las tasas parecen ser muy altas dado que el porcentaje de mujeres que reciben por lo menos una visita prenatal son menores a las tasas para toxoide tetánico, el cual requiere por lo menos dos visitas.

Los porcentajes son a menudo mayores a 100%, lo que sugiere que el número de dosis de toxoide tetánico está siendo registrado en la base de datos del SNIS en lugar del número de mujeres que los recibe. Es también posible que las mujeres sean vacunadas varias veces en diferentes lugares y que esto se registre más de una vez en la base de datos del SNIS.

Gráfico 11

Incremento de la cobertura de 4 controles prenatales Ene - jun 1996-99

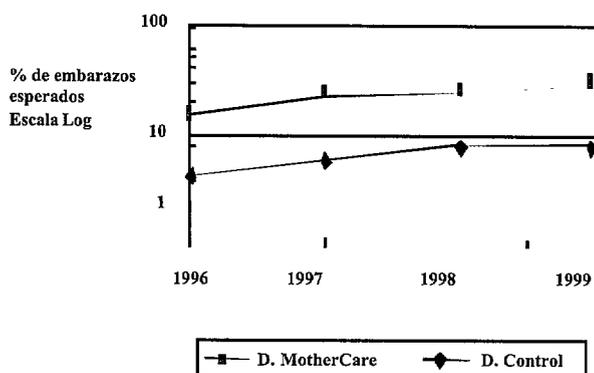


Tabla 11
Vacunación con dos dosis de toxoide tetánico

Distritos MotherCare	1996	1997	1998	1999
Dos dosis de TT	12.425	11.354	11.409	17.367
Embarazos esperados	13.246	13.432	13.952	14.115
Indicador %	93,80	84,53	81,77	123,04
Distrito Control	1996	1997	1998	1999
Dos dosis de TT	4.017	3.209	2.477	3.283
Embarazos esperados	2.596	2.559	2.527	2.487
Indicador %	154,74	125,40	98,02	132,01

Tabla 12
**Mujeres embarazadas con suplemento
de 30 tabletas de sulfato ferroso
(primer semestre)**
%

Año	Distritos MotherCare	Distrito control
1996	26,2	16,7
1997	37,1	20,1
1998	54,5	26,5
1999	62,1	30,9

Fuente: Sistema de monitoreo de MotherCare.

El porcentaje de mujeres que reciben por los menos dos dosis de la vacuna es consistentemente más alto en el distrito control, un patrón que no se ve en ningún otro indicador. Esto sugiere que estos datos no son una buena medida de cobertura para este indicador.

c. Prevención de la anemia en el embarazo. Suplemento con sulfato ferroso

Otra actividad preventiva durante el embarazo es brindar a las mujeres embarazadas sulfato ferroso para prevenir la anemia. La dosis recomendada a nivel nacional es de 90 tabletas. La práctica general ha sido dar a cada mujer 30 tabletas en cada control prenatal.

Los indicadores son: 1) El % de mujeres embarazadas que han recibido sulfato ferroso durante el período prenatal, dividido entre el número total de embarazos esperados en cada área geográfica durante 6 meses para cada año; 2) El % de mujeres que recibieron por lo menos 90 tabletas de sulfato ferroso durante su período prenatal, dividido entre el número total de embarazos esperados en cada área geográfica durante 6 meses para cada año. Esta es una medida de cobertura y de calidad de atención

El porcentaje de mujeres que recibieron una o más dosis de sulfato ferroso durante su embarazo se incrementó en ambas áreas durante el período del estudio (ver Tabla 12 y Gráfico 12). Los distritos de MotherCare experimentaron un incremento cerca a 2 y 1/2 veces entre 1996 y 1999, mientras que las tasas en el distrito control

Tabla 13
Mujeres embarazadas suplementadas con
90 tabletas de sulfato ferroso
(primer semestre)
%

Año	Distritos MotherCare	Distrito control
1996	6,0	4,0
1997	9,8	5,3
1998	16,8	4,8
1999	19,5	6,0

Fuente: Sistema de monitoreo de MotherCare.

se incrementaron un poco más de 1 y 1/2 veces. Para 1999, cerca de dos tercios de las mujeres embarazadas en los distritos de MotherCare obtuvieron dosis parciales de sulfato ferroso, comparado con sólo un tercio en el distrito control. El patrón se muestra claramente en el Gráfico 12.

Un patrón similar se ve en las mujeres que recibieron 90 tabletas de sulfato ferroso (Tabla 13 y Gráfico 13). Las tasas son mucho más bajas en ambas áreas, y casi las mismas en 1996, siendo 90 tabletas la dosis deseada. En los distritos de MotherCare el porcentaje de mujeres embarazadas que recibieron 90 tabletas se triplicó, pero no cambió mucho en el distrito control (ver Gráfico 13).

Los distritos de MotherCare tuvieron cada año incrementos absolutos más altos que el distrito control. El porcentaje mayor atribuible ocurre en los distritos de MotherCare en 1998, con 41,7% de las tasas de 1998 atribuibles a los cambios ocurridos desde 1997. Los incrementos en 1997 y 1998 son notables en los distritos de MotherCare, a pesar de que el mercadeo social de las tabletas de sulfato ferroso empezó en 1998. El incremento atribuible en 1999 es modesto, comparado con los de 1997 y 1998 en los distritos de MotherCare.

Los datos del *Estudio de impacto* para evaluar la estrategia de mercadeo social para mejo-

Gráfico 12

Incremento de embarazadas que recibieron alguna tableta de sulfato ferroso Ene - jun 1996-99

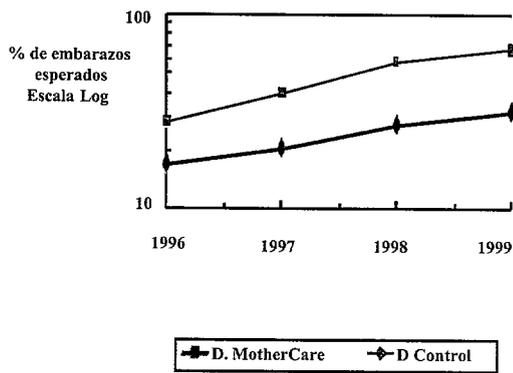
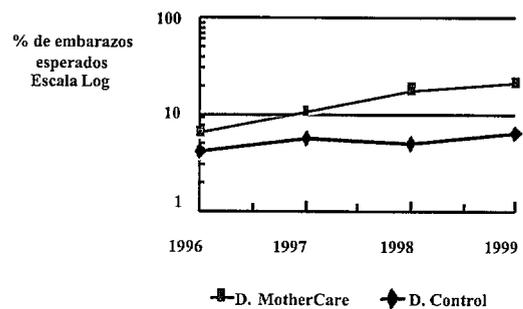


Gráfico 13

Incremento de embarazadas que recibieron 90 tabletas de sulfato ferroso Ene - jun 1996-99



rar las coberturas de suplementación con tabletas de sulfato ferroso, de enero de 2000, realizado mediante entrevistas semiestructuradas en tres segmentos de la población: proveedores de salud, promotores de salud y mujeres embarazadas y puérperas que acuden a los establecimientos de salud, muestran los siguientes resultados:

- Todos los entrevistados afirman que reparten tabletas de sulfato ferroso a las mujeres embarazadas y puérperas. Y el 62% afirma que realizan consejería sobre anemia y uso de las tabletas de sulfato ferroso.
- El 57% de los proveedores de salud que realizan orientación afirman que generalmente usan los materiales educativos de apoyo. El restante 43% usa a veces, y algunos casi nunca.
- El 28% de los proveedores de salud entregó 90 tabletas de sulfato ferroso en una

sola vez. En cambio, la mayoría (72%) sigue entregando las tabletas por partes.

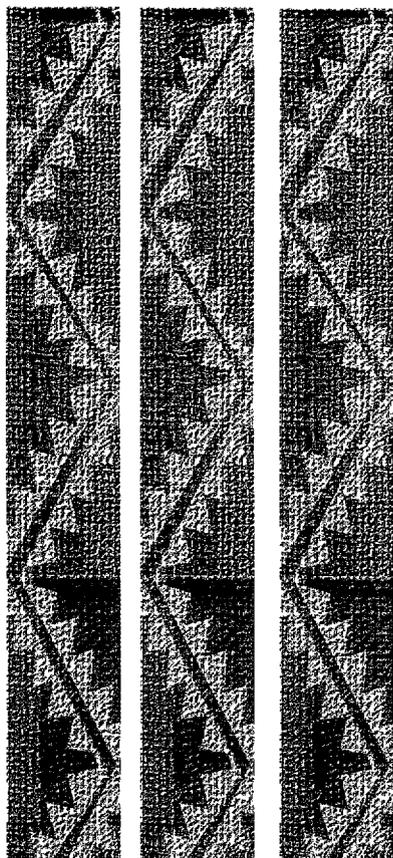
- Más de la mitad de los entrevistados afirman que se debería entregar los suplementos por partes, pues creen que así lograrán que las mujeres embarazadas vuelvan al establecimiento y de este modo puedan continuar bajo el control y seguimiento de los proveedores: “si se les da todas las tabletas, ya no vuelven al control” (enfermera, 32 años, La Paz).
- Asimismo, existe el temor de que si se les da las 90 tabletas, ellas se olvidarán de tomarlas. “Por partes es mejor, así el doctor las controla con interrogatorio” (Auxiliar, 28 años, La Paz).

La gran mayoría de los proveedores de salud no han asimilado una de las políticas centrales de la propuesta de MotherCare, cual es aumentar las coberturas de suplementación con la dosis recomendada de 90 tabletas.

El 73% de los proveedores de salud afirman que “siempre”, y 97% que “casi siempre” hubo el número suficiente de tabletas de sulfato ferroso para entregar 90 tabletas en una sola vez a las mujeres embarazadas o puérperas. En definitiva, la entrega parcial no se debe a limitaciones en la provisión.

La mayoría de los proveedores afirman que en los últimos dos años se han capacitado a promotores de salud sobre anemia y suplementación con tabletas de hierro. De estos proveedores, un tercio afirma que los promotores de salud han puesto en práctica “mucho” de lo que se les ha enseñado.

Todas las mujeres embarazadas o puérperas entrevistadas afirman que les entregaron tabletas de sulfato ferroso, y casi la mitad de ellas afirman que recibieron 90 tabletas de una sola vez. Las mitad de las mujeres afirmaron que en



la consulta prenatal les explicaron sobre la anemia, y 2/3 de ellas pudieron explicar adecuadamente qué es la anemia y para qué se debe consumir tabletas de hierro.

25 mujeres (61%) afirmaron que se sintieron mejor después de tomar las tabletas. 7 dijeron sentirse “un poco mejor” y dos se sintieron igual que antes de tomarlas. Las restantes 6 prefirieron no responder a la pregunta.

36 mujeres (88%) afirmaron que no tuvieron problemas colaterales al consumirlas. Es decir, una gran mayoría tiene un actitud positiva hacia el consumo de las tabletas de sulfato ferroso.

De los 34 promotores de salud entrevistados sólo dos no participaron en cursos sobre anemia en los últimos tres años.

21 promotores (66%) recibieron materiales educativos para explicar sobre anemia a las mujeres embarazadas y puérperas en sus comunidades.

Es importante destacar que la gran mayoría de los promotores de salud (85%) tuvo la oportunidad de explicar sobre la anemia a las mujeres embarazadas de su comunidad. Esto demuestra que son un importante canal de comunicación y orientación a las mujeres que por alguna razón no van a los establecimientos de salud.

De los 34 proveedores de salud, sólo 16 (47%) recibieron tabletas de sulfato ferroso para distribuir las. Recordamos que en los establecimientos de salud siempre o casi siempre había la provisión necesaria de tabletas. Es decir, a pesar de haber tabletas, éstas no fueron repartidas debidamente a los promotores.

Lo anterior parece indicar que muchos médicos y enfermeras entienden la labor del promotor de salud como la de un “propagandista”, alguien que *atrae* a las mujeres, y no quien *lleva* el servicio. Por ello, teniendo la posibilidad, no dan al promotor los insumos necesarios para su trabajo.

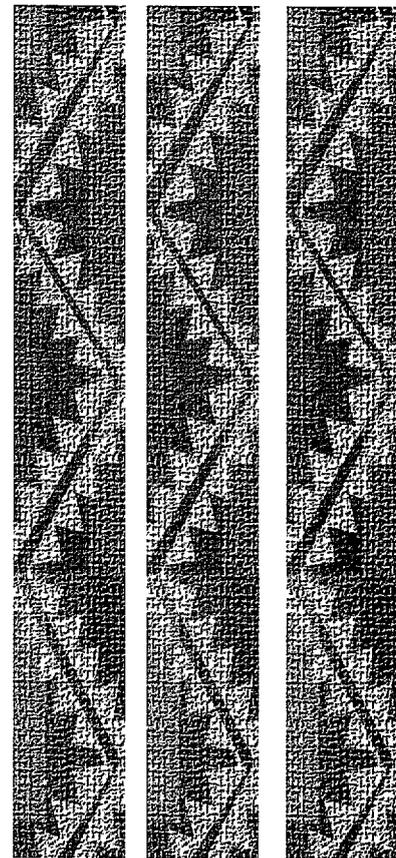
Esta situación es aún más llamativa cuando el 100% de los promotores que recibieron las ta-

bletas afirma haberlas distribuido en su comunidad e informado al respecto en los formularios correspondientes.

Asimismo, el 100% de los promotores afirma que las mujeres que recibieron las tabletas de hierro las toman “siempre” o “casi siempre”.

Si la información proporcionada por los promotores es cierta, quiere decir que éstos constituyen un efectivo canal para la distribución y consumo de las tabletas de sulfato ferroso. Pero ello no está siendo aprovechado debidamente.

En los establecimientos de salud capacitados por MotherCare se ofrece más información sobre anemias y consumo de tabletas de sulfato ferroso que en los servicios no capacitados. Asimismo, las mujeres entienden mejor la información recibida, y en todos los casos saben cómo disminuir las molestias causadas por tomarlas.



d. Servicios de planificación familiar

El cuidado materno preventivo incluye consejería sobre métodos de planificación familiar, con la intención de alargar el período entre embarazos para dar al cuerpo de las madres tiempo de recuperarse y ganar fuerzas para el próximo embarazo.

El proyecto MotherCare no trabajó directamente con temas de planificación familiar, por lo tanto no se recolectó datos a largo plazo. El componente IEC/O presentó información sobre planificación familiar. La radionovela encaró la importancia del espaciamiento entre nacimiento e incentivó a las parejas a buscar información sobre diferentes métodos anticonceptivos. La información sobre planificación familiar se brindó en el módulo de CI/O de la capacitación a proveedores.

Según la información recogida en el *Estudio de impacto*, que entrevistó a mujeres embarazadas y en edad fértil que habían usado un centro de salud, las mujeres que reportaron recibir información sobre planificación familiar mientras visitaban un centro de salud son las siguientes:

Las mujeres que acudieron a los centros de salud estaban embarazadas y realizaban la visita para control prenatal, esto posiblemente explica los bajos porcentajes de las que reportan haber recibido información sobre planificación familiar. El importante hallazgo respecto a haber escuchado la radionovela en las mujeres embarazadas no es aparente en el grupo de mujeres en edad fértil (mujeres que habían tenido un parto en los últimos 6-24 meses).

e. Servicios de atención de enfermedades de transmisión sexual

La atención preventiva para las madres incluye exámenes y consejería para enfermedades de transmisión sexual, para proteger al feto de contraer la enfermedad, para mejorar la salud de la madre y para proteger sus contactos sexuales.

Un componente separado se llevó a cabo con los auspicios de MotherCare sobre sífilis materna y congénita y enfermedades de transmisión sexual. Se inició en 1996 con un estudio de seroprevalencia de la sífilis en las madres y en

Mujeres en centros de salud de MotherCare	57,9%
Mujeres en centros de salud que no eran de MotherCare	45,8%
Mujeres embarazadas en la comunidad que escucharon la radionovela	61,0%
que no escucharon la radionovela	48,3%
Mujeres en edad fértil en la comunidad que escucharon la radionovela	60,4%
que no escucharon la radionovela	67,1%

los recién nacidos en las 7 maternidades más importantes de La Paz y Cochabamba. Se tomaron muestras de sangre de las madres y de sus recién nacidos y un segmento del cordón umbilical para el estudio hispatológico. Se verificó serología positiva en 3,8% en La Paz y 5,1% en Cochabamba. La prevalencia de sífilis en las madres que acudieron al parto fue en total de 4,3% y la sífilis congénita alcanzó al 15% de los neonatos de madres con serología positiva. El estudio condujo a la formulación del programa nacional de eliminación de la sífilis materna y congénita en Bolivia incorporado y sostenido por el Seguro Básico de Salud que asegura la detección temprana de la sífilis en el primer control prenatal y el tratamiento a las embarazadas seropositivas, a sus parejas sexuales y a los recién nacidos, y un paquete de capacitación e IEC/O que se inició con la capacitación de los proveedores de salud de los servicios de control prenatal de las maternidades y de los centros de salud de La Paz y Cochabamba, con una diferencia entre el pre-test y el post-test de 56% y 48%,

respectivamente. El tema también fue discutido en partes de la campaña de IEC/O en la comunidad y en la capacitación a los proveedores.

En relación a las ETSs en general se cuenta con datos del *Estudio de impacto* realizado en 1999 que entrevistó a mujeres embarazadas y en edad fértil que habían usado un centro de salud y se les preguntó si alguien les habló sobre enfermedades de transmisión sexual mientras se encontraban allí.

A pesar de que las mujeres que habían escuchado la radionovela o que acudieron a los centros de salud de MotherCare presentan más probabilidades de haber recibido información sobre enfermedades de transmisión sexual, los porcentajes muestran que generalmente sólo la mitad de las mujeres pueden reportar haber escuchado sobre el tema. Las mujeres a las que llegó el programa MotherCare reconocen que los proveedores trataron el tema con ellas. La baja cobertura de reconocimiento de estos importantes temas de salud pública es preocupante.

Reportaron recibir información sobre enfermedades de transmisión sexual mientras visitaban un centro de salud

Mujeres en centros de salud de MotherCare	51,2%
Mujeres en centros de salud que no eran de MotherCare	39,8%
Mujeres embarazadas en la comunidad que escucharon la radionovela	56,5%
que no escucharon la radionovela	48,3%
Mujeres en edad fértil en la comunidad que escucharon la radionovela	64,6%
que no escucharon la radionovela	64,4%

Sinopsis de la evaluación de impacto

Los distritos de MotherCare han incrementado sus efectos de cobertura usando los indicadores mencionados en comparación con el distrito control en los cuatro años mencionados.

Indicador	Usando cambios absolutos en tasas de año en año, la evidencia es la siguiente
1. Cobertura de partos en servicios de salud	incremento considerable
2. Cobertura de partos domiciliarios atendidos por personal de salud	incremento ninguno
3. Cobertura para partos domiciliarios atendidos por parteras capacitadas	incremento considerable
4. Cobertura para complicaciones obstétricas en servicio con atención esencial/emergencia	incremento modesto
5. Cobertura de recepción de cualquier tipo de atención prenatal	incremento considerable
6. Cobertura de cuatro visitas prenatales durante el embarazo	incremento considerable
7. Cobertura para la primera visita prenatal antes del 5° mes del embarazo	incremento considerable
8. Cobertura con dos dosis de toxoide tetánico durante el embarazo	incremento no está claro
9. Cobertura de la prevención de anemia con cualquier forma de suplemento sulfato ferroso	incremento considerable
10. Cobertura de prevención de la anemia con 90 tabletas de suplemento de sulfato ferroso	incremento considerable
11. Cobertura de orientación sobre planificación familiar	
a) Comparando mujeres en centros de salud que recibieron capacitación de MotherCare con las en el distrito control	incremento modesto
b) Comparando mujeres embarazadas que escucharon la radionovela con las que no lo hicieron	incremento modesto
12. Cobertura para orientación sobre enfermedades de transmisión sexual	
a) Comparando mujeres en centros de salud que recibieron capacitación de MotherCare con las del distrito control	incremento modesto
b) Comparando mujeres que escucharon la radio novela con las que no lo hicieron	incremento poco

B. Evaluación del desempeño

1. Conocimientos y destrezas

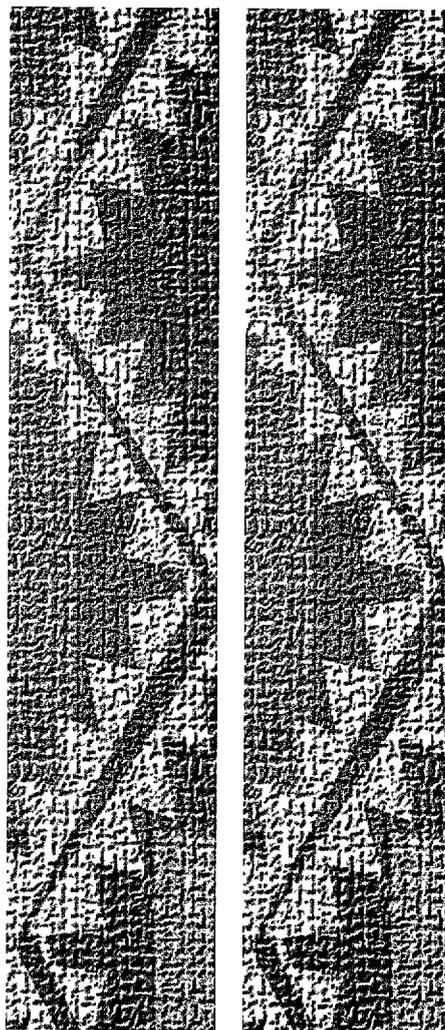
En enero de 1999 MotherCare efectuó la evaluación final de su programa de educación en servicio. Este programa estuvo dirigido a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería. Comenzó en febrero de 1997 y concluyó en junio de 1998.

Se utilizaron cinco instrumentos para evaluar conocimientos, destrezas, actitudes, habilidades y prácticas, de una muestra de proveedores de salud provenientes de 6 distritos. Se incluyeron en la evaluación 17 proveedores de establecimientos de los 7 distritos asignados al proyecto MotherCare que recibieron el programa de educación en servicio y 11 proveedores de un distrito control que no lo recibieron (distrito Illampu).

Resultados

La evaluación indica que el programa de capacitación en servicio:

- Mejóro la calidad de la atención brindada por los proveedores de salud en los distritos asignados a MotherCare en Bolivia.



- Permitió mejorar la calidad de la atención materna y neonatal.
- Mejóro la comunicación entre la mujer y sus familiares y los proveedores de salud.
- Mejóro el trabajo en equipo del personal de salud en los establecimientos.
- Mejóro el manejo de registros, especialmente el uso y aplicación del partograma, por los proveedores que atienden el parto.
- Después de dos años de finalizado el curso, el efecto de la educación en servicio aún se mantiene.
- Aunque no se encontraron diferencias significativas en los promedios de las pruebas de conocimientos los proveedores que recibieron la capacitación en servicio demostraron tener mas confianza en las habilidades y destrezas relacionadas con la atención de la madre en el postparto y la atención del recién nacido.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en seis áreas:

- Comunicación interpersonal y orientación.
- Atención prenatal.
- Control y tratamiento de la anemia.
- Atención del trabajo de parto y del parto.
- Manejo de la hemorragia del post-parto.
- Atención inmediata del recién nacido.

Por otro lado, se incrementó la habilidad de los proveedores para describir y manejar casos complicados.

El programa de educación en servicio de MotherCare y el Ministerio de Salud y Previsión Social tocó aspectos específicos para mejorar la calidad de atención:

- Mejorar la capacidad de diagnóstico y manejo de una complicación durante la atención del embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido.

- Mejorar las destrezas de comunicación interpersonal y orientación.
- Incentivar el uso de materiales de información, educación y orientación para la atención de los usuarios.
- Mejorar el “ambiente” en el que se otorgan los servicios, de manera que sean culturalmente más apropiados y amigables para la usuaria, la familia y la comunidad.
- Aumentar la suplementación de hierro con ácido fólico para reducir la prevalencia de anemia.
- Mejorar el manejo de registros en la atención materna y perinatal.
- Mejorar el trabajo en equipo entre los diversos miembros, proveedores de servicios de los diferentes niveles de atención.

Conclusiones y recomendaciones

A pesar de los esfuerzos realizados para mejorar estos aspectos, los bajos puntajes que obtuvieron los proveedores muestran deficiencias de conocimientos en la atención materna y perinatal. Esto agudiza la escasa habilidad de algunos para brindar una atención adecuada a la población. Esta situación refleja insuficiencias en los programas de formación básica de los médicos, enfermeras y auxiliares. No se puede esperar que una capacitación de cuatro semanas de duración, aun sea de reforzamiento, pueda llenar la enorme brecha dejada por los programas de educación en institutos, escuelas y facultades de medicina.

Existe alta rotación del proveedor en los servicios de salud, lo que agrava aún más la permanencia del personal capacitado. Sólo el 28 % de los participantes del programa de educación en servicio se encontraban en sus servicios en el momento de realizar esta evaluación.

No se puede confiar solamente en la educación en servicio para mejorar la deficiencia de conocimientos y destrezas de los proveedores. Aunque las facultades de medicina de La Paz (UMSA) y Cochabamba (UMSS), incluyeron el currículo de capacitación en la enseñanza de pregrado, se requiere que la propuesta de cambio se haga sostenible en el tiempo, se evalúe periódicamente y comprometa tanto a las carreras de enfermería como a las escuelas de auxiliares de enfermería a seguir las metodologías y continuar con el reto. A su vez, las facultades deben modificar el currículo de enseñanza y emprender la reforma desde los primeros años de estudio.

Es necesario que un recién graduado, a través de un programa de educación en servicio posterior a su graduación, fortalezca y mantenga las destrezas aprendidas. De aquí la necesidad de intervenciones que incluyan supervisión capacitante, educación permanente y el apoyo continuo a los proveedores.

La falta de uso del partograma, como instrumento para la vigilancia del trabajo de parto, muestra dos cosas importantes: la complejidad de su uso y la baja disponibilidad de los mismos en los servicios de salud. Los proveedores informan que habitualmente no disponen de estos formularios y por lo tanto no lo usan, perdiendo así rápidamente la habilidad aprendida. Este hecho señala la necesidad de apoyo y desarrollo de políticas técnico-administrativas en todos los niveles.

La evaluación permitió identificar las áreas de atención donde el programa de educación en servicio de MotherCare mejoró significativamente la atención, así como las que aún permanecen deficitarias. Asimismo, fue posible identificar las áreas en que los proveedores mantenían los conocimientos y las destrezas adquiridas en forma adecuada.

Evaluación del desempeño Porcentajes - todo el personal de salud

Area evaluada	Capactados	No Capactados	Valor de P
Total	79.0	69	0.13
C. interpersonal y consejería	86.0	83	0.71
Atención prenatal	79.0	70	0.15
Manejo del parto	70.0	62	0.19
Atención al recién nacido	96.0	85	0.03
Atención en el postparto	81.0	56	0.01



Evaluación del desempeño Porcentajes - Sólo Auxiliares de Enfermería.

Area evaluada	Capactados	No Capactados	Valor de P
Total	75	62	0.05
C. interpersonal y consejería	75	62	0.29
Atención prenatal	73	63	0.11
Manejo del parto	67	55	0.06
Atención al recién nacido	95	80	0.04
Atención en el postparto	78	48	0.01



Evaluación del desempeño Resultados Manejo de Caso - Destrezas

	Capactados	No Capactados
Nivel de significancia < 0.05		
Identificar a una mujer con preeclampsia severa	88%	46%
Saber que hacer con un caso de anemia severa	88%	36%
Estimar la pérdida de sangre en el parto	88%	46%
Manejo de mastitis postparto	82%	18%
Nivel de significancia < 0.1		
Manejo del caso de preeclampsia o eclampsia	77%	36%
Identificar clínicamente un caso de anemia severa	88%	55%
Manejo del parto en una posición alternativa	82%	46%
Determinar si el RN requiere reanimación	94%	64%
Determinar si el RN requiere ser referido	94%	64%

2. Uso de las habilidades y destrezas de comunicación interpersonal y orientación

Se ha capacitado en comunicación interpersonal y orientación a 291 proveedores de salud que trabajan en los 100 servicios de salud de I y II nivel de atención. El estudio se realizó en 43 servicios de salud. En el momento de la evaluación se encontraron 29 proveedores de salud en los establecimientos del área experimental, 18 fueron capacitados en CI/O y 11 no fueron capacitados por MotherCare. Es decir, 6 % de los proveedores capacitados por MotherCare (18/300) se encontraron trabajando en los servicios de salud asignados a MotherCare.

Este estudio emplea un diseño no probabilístico, basado en la comparación de dos grupos independientes, un grupo experimental (capacitado por MotherCare) y un grupo control (no capacitado por MotherCare). La muestra es de conveniencia, pues participaron en el estudio todos los proveedores de salud que se encontraban trabajando en los servicios de salud visitados.

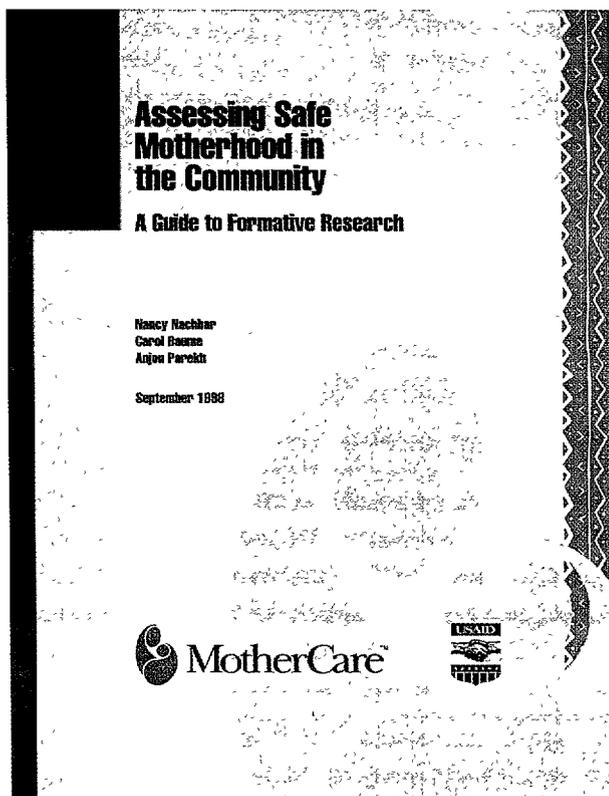
Resultados

Se estudiaron un total de 34 variables, de estas, 26 mostraron una relación de fuerza “fuerte”, es decir que los proveedores de salud capacitados por MotherCare tienden a utilizar estas habilidades y destrezas más que los no capacitados.

Después de un año, se pudo constatar que de estas 34 variables cuatro son estadísticamente significativas:

- Hace preguntas abiertas y de sondeo acerca de las experiencias de la paciente* (p=0.048);
- Explica a la paciente el tipo de examen clínico y/o ginecológico que realizará* (p=0.027);
- Le pide a la paciente que repita lo que acaba de escuchar* (p=0.05); y
- Elogia y agradece a la paciente por haber acudido al servicio* (p=0.043).

Por lo tanto, verificamos que la capacitación en CI/O si tiene un impacto positivo en la utilización de las habilidades y destrezas mencionadas y debe ser considerada como parte integral y conjunta de la capacitación de proveedores/as en el manejo de complicación obstétricas y neonatales. El no incluir este tema simplemente iría en contra de la mejora en la calidad y calidez de atención.



3. Adopción de cinco costumbres andinas durante el parto

Se determinó el grado de adopción de cinco costumbres de la comunidad andina durante el parto, después de un año y medio de aplicar el componente de servicios de salud culturalmente adaptados “Amigos de la mujer y el recién nacido”.

Para ello, se entrevistó a 392 usuarias de 24 servicios de salud capacitados por MotherCare (grupo experimental), y a otras 392 usuarias de 27 servicios de salud no capacitados en La Paz y Cochabamba (grupo control). Participaron en el estudio las mujeres embarazadas o púerperas que se encontraban en los servicios de salud para su control pre-natal o de post-parto.

El presente estudio emplea un diseño no probabilístico, basado en la comparación de los dos grupos señalados, ambos similares en cuanto a variables sociodemográficas. La muestra es de conveniencia, y el muestreo fue por cuotas.

Resultados

Se estudió un total de 6 variables. Cinco mostraron una relación de fuerza positiva y cuatro son estadísticamente significativas.

Existen, pues, diferencias importantes en la adopción de cinco prácticas andinas del parto entre los servicios de salud asignados y capacitados por MotherCare y los que no. Los primeros tienden a adoptar mucho más estas prácticas que los segundos. De los análisis de fuerza y chi cuadrado realizados se constató lo siguiente:

—La variable “le avisaron o no que si usted quería podían devolver su placenta” tiene una asociación de fuerza fuerte y el intervalo de confianza al 95% es significativo. RR=1.81, IC=1.22, 2.69. En el análisis de chi cuadrado el valor de p es 0.00235.

—La variable “le dijeron o no que usted podía escoger la posición del parto” tiene una asociación de fuerza sugerida y el intervalo de confianza al 95% es significativo. RR=1.40, IC=1.01, 1.95. En el análisis de chi cuadrado el valor de p es 0.04180.

—La variable “le dijeron o no le dijeron que si usted se enfermaba (significa momento del parto) en ese centro de salud la mantendrían bien abrigada en el parto” tiene una asociación de fuerza sugerida y el intervalo de confianza al 95% es significativo. RR=1.28, IC=1.02, 1.61. En el análisis de chi cuadrado el valor de p es 0.02844.

—La variable “entraron o no entraron otras personas donde usted estaba mientras duraba su consulta” tiene una asociación de fuerza sugerida y el intervalo de confianza al 95% es significativo. RR=1.36, IC=1.09, 1.69. En el análisis de chi cuadrado el valor de p es 0.00605.

—La variable “le dijeron o no le dijeron que si usted quería podía estar con un familiar (esposo/pareja, madre, suegra) y su partera en la sala de parto” tiene una asociación de fuerza sugerida y el intervalo de confianza al 95% no es significativo. RR=1.17, IC=0.92, 1.49. En el análisis de chi cuadrado el valor de p es 0.186, no siendo significativo.

—La variable “usted diría que en este centro de salud/hospital respetan o no sus valores y costumbres tradicionales” tiene una asociación de fuerza débil y el intervalo de confianza al 95% no es significativo. RR=1.05, IC=0.94, 1.17. En el análisis de chi cuadrado el valor de p es 0.332, no siendo significativo. Esta última variable sugiere que este tipo de pregunta genérica no muestra resultados y por ello es mejor hacer preguntas específicas.

4. Estudio de impacto de la estrategia por una maternidad segura

Mostramos aquí los resultados de la *Evaluación de impacto de la estrategia de IEC/O por una maternidad segura* de MotherCare, realizada por la empresa Diagnosis después de dos años de haber sido aplicada. Se ejecutó la estrategia entre julio de 1997 y agosto de 1999.

Objetivos

En la comunidad:

Identificar cambios en el reconocimiento espontáneo y la valoración de peligro de complicaciones obstétricas y neonatales; la intención de uso de servicios de salud y la planificación del acceso a éstos en caso de presentarse complicaciones; además de las percepciones de la comunidad sobre la atención de complicaciones obstétricas y neonatales en los servicios de salud.

En los servicios de salud:

Identificar cambios en el trato interpersonal; oferta de información sobre cuidado materno, planificación familiar; enfermedades de transmisión sexual, anemia; en el uso de material educativo; en el respeto y adopción de cinco costumbres del parto de la comunidad; y cambios que puedan ser identificados y valorados por las usuarias de los servicios maternos.

Metodología

Se trata de dos estudios que emplean un diseño no probabilístico, basado en la comparación de grupos independientes, un grupo experimen-

tal y un grupo control por estudio. En el estudio de la comunidad se comparan las personas que escucharon la campaña radial vs. las que no; en el estudio de los servicios de salud se comparan las personas que acuden al servicio de salud asignados y capacitados por MotherCare y las que no. Se realizaron un total de 2.584 encuestas

Variables de estudio

1. Reconocimiento de cinco complicaciones obstétricas —hemorragia, pre-eclampsia, eclampsia, distocia, sepsis puerperal— y cuatro neonatales —complicaciones respiratorias, bajo peso/prematuro, infección de ombligo y ojos, e ictericia— (9 variables).
2. Valoración de estas complicaciones (11 variables).
3. Intención y toma de decisión para usar servicios de salud (12 variables).
4. Acceso a servicios de salud: uso del *plan de acceso* (12 variables).
5. Utilización del servicio de salud (3 variables).
6. Normas sociales de solución de complicaciones obstétricas y neonatales (12 variables).
7. Satisfacción de la usuaria con el servicio de salud (5 variables).
8. Comunicación interpersonal y orientación (8 variables).
9. Uso de material educativo y campaña radial (6 variables).
10. Incorporación de costumbres (5 variables).
11. Planificación familiar, espaciamiento intergenésico (1 variable).
12. Enfermedades de transmisión sexual (1 variable).
13. Información sobre anemia y sulfato ferroso (3 variables).

Hallazgos en la comunidad

Las mujeres embarazadas que escucharon la radionovela “Diario de un destino” incrementaron sus conocimientos, actitudes y prácticas en variables correspondientes a los 7 temas contemplados en este grupo, y muestran una tendencia al cambio “fuerte” o son estadísticamente significativas.

En resumen, se puede observar que la radionovela “Diario de un destino” tiene mayor impacto en el incremento de reconocimiento y valoración como “muy peligrosos” de los signos y señales de peligro de las complicaciones obstétricas, y que las 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 qué servicio de salud acudir. Finalmente, se mostró que la mujeres embarazadas que escucharon la radionovela acudieron a una consulta en el servicio de salud, haciendo un uso real de éste (ver la Tabla de la pág. 110).

Las mujeres en edad fértil que escucharon la radionovela “Diario de un destino” incrementaron sus conocimientos, actitudes y prácticas en variables correspondientes a los cuatro temas contemplados en este grupo.

Los esposos o parejas de las mujeres embarazadas o en edad fértil que escucharon la radionovela incrementaron sus conocimientos, actitudes y prácticas en variables correspondientes a los tres de cinco temas de este grupo.

Aunque en el nivel del reconocimiento espontáneo y la valoración de peligro de las complicaciones obstétricas y neonatales no se observa entre los esposos o parejas un nítido impacto de la radionovela, 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 el impacto se hace más constante y notorio.

La radionovela se muestra como un buen medio para informar a las mujeres embarazadas o en edad fértil y a sus parejas o esposos acerca de las acciones a tomar durante la gestación. Es recomendable continuar con estas acciones para que su efecto llegue a un mayor número de personas.

Hallazgos en los servicios de salud

Se estudió 57 variables relativas a los servicios. En el análisis de asociación de fuerza, 11 variables muestran cambios positivos “fuertes”, 13 muestran tendencia al cambio positivo “sugereente”, 14 muestran tendencia al cambio “débil”. De estas 57 variables 16 son estadísticamente significativas de acuerdo al análisis de Chi cuadrado.

En la Tabla de la pág.111 se muestra que las usuarias entrevistadas en los servicios de salud capacitados por MotherCare incrementaron sus conocimientos, actitudes y prácticas en variables correspondientes a 6 de 8 temas contemplados en este grupo.

Los proveedores de salud que fueron capacitados por MotherCare aplicaron el conocimiento y las prácticas aprendidas, mejorando con ello la calidad y calidez de los servicios y la interacción entre proveedores y usuarias.

Impacto de la estrategia IEC/O por una maternidad segura 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=0.05	RR (IC 95%)	p=0.05	RR (IC 95%)	p=0.05
A) Estrategia IEC/O						
Llenaron plan de acceso	1.49 (1.03, 2.14)	0.03	—	—	—	—
Escuchó mensajes radiales	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						
Hemorragia	1.81 (1.25, 2.61)	0.0012	1.39 (1.05, 1.85)	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						
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						
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 qué servicio acudir en caso de embarazo	1.11 (1.01, 1.22)	0.017	—	—	—	—
Sabe a qué servicio acudir en caso de parto	1.14 (1.03, 1.26)	0.006	—	—	—	—
F) Utilización de servicios						
Fue al Servicio de Salud para consulta	1.09 (1.01, 1.18)	0.02	—	—	—	—
G) Normas sociales que apoyan acudir al servicio						
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	—	—	—	—

Fuente: Evaluación de impacto de la estrategia IEC/C por una maternidad segura (Diagnosis, 1999)

Impacto de la estrategia IEC/O por una maternidad segura en los servicios de salud

Variables dependientes estadísticamente significativas	Usuarías entrevistadas en servicios de salud (n=784)	
	RR (IC 95%)	p = 0.05
A) Estrategia IEC/O		
Llenaron rotafolio de <i>Complicaciones obstétricas y neonatales</i>	4.77 (2.78,8.17)	0.00001
Le dieron folleto <i>Derechos de la mujer embarazada</i>	6.46 (3.24, 12.85)	0.00001
Le dieron folleto <i>Plan de acceso</i>	10.77(33.90,29.73)	0.00001
Vió carteles y afiches educativos de MotherCare en las paredes del servicio de salud	1.14 (1.07,1.21)	0.00001
B) Reconocimiento		
Hemorragia (embarazo)	1.57 (1.15, 2.14)	0.004
Distocia	1.59 (1.00, 2.52)	0.045
C) Adopción 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) Planificación 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

Fuente: *Evaluación de impacto de la estrategia IEC/O por una maternidad segura* (Diagnosis,1999)

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, en el incremento del reconocimiento de los signos y señales de peligro de dos complicaciones del embarazo, en percibir que los servicios de salud capacitados por MotherCare incorporaron cuatro de cinco costumbres tradicionales de la comunidad durante el parto; en haber sido informadas sobre la importancia del espaciamiento intergenésico, sobre las enfermedades de transmisión sexual y acerca de la anemia y el sulfato ferroso.

Los resultados en los servicios de salud son menos contundentes que los resultados 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 ellos.

5. Participación comunitaria

La evaluación del componente *participación comunitaria* tratará de determinar el impacto de tres actividades (sesiones educativas, simulacro de plan de acceso en caso de emergencia y capacitación de líderes comunitarios en el tema de salud materna) en tres comunidades del departamento de La Paz.

Se trata de determinar si el trabajo en torno a este componente logró incrementar el reconocimiento de cinco complicaciones obstétricas y cuatro neonatales; si aumentó la valoración de éstas como “muy peligrosos”, y si ayudó o no a que se tomen decisiones adecuadas y oportunas en caso de presentarse estas complicaciones.

Se emplea un diseño no probabilístico, basado en la comparación de dos grupos independientes, ambos con variables sociodemográficas similares. Al grupo de personas de la comunidad que fueron entrevistadas antes de aplicar el componente de participación comunitaria, en agosto de 1998, llamaremos “Tiempo I: Pre-Prueba” (n=120), y al grupo de personas de la comunidad que fueron entrevistadas después de una segunda ronda de sesiones educativas en maternidad segura, en agosto de 1999, llamaremos “Tiempo II: Post-Prueba” (n=44). La muestra es de conveniencia.

Resultados

De 56 variables estudiadas, 12 muestran una asociación de fuerza o tendencia al cambio positivo y “fuerte”, es decir: (RR) mayor a 1.00. 41 variables muestran una asociación de fuerza o tendencia al cambio “sugerente”, y tres muestran una asociación de fuerza “débil”. De las 56 variables estudiadas, 36 son estadísticamente significativas. Se puede concluir que esta intervención es factible y plausible para lograr cambios de conocimientos, actitudes y prácticas en las co-

Cambios a favor de las personas que participaron del componente de participación comunitaria

Complicación obstétrica neonatal ¹	Reconocimiento		Valoración		Intención de utilizar servicios		Normas comunitarias a favor del servicio	
	p<0.05	RR (IC95%)	p<0.05	RR IC/95%	p<0.05	RR IC/95%	p<0.05	RR IC/95%
A) Obstétricas								
Hemorragia embarazo	0.00001	2.128(1.56, 2.89)	0.0002	1.74 (1.34,2.25)	—	—	0.005	1.22 (1.10,1.35)
Hemorragia parto	—	—	—	—	0.026	1.17 (1.05,1.30)		
Hemorragia post-parto	—	—	—	—	0.009	1.19(1.08,1.31)		
Pre-eclampsia	0.00001	2.81 (1.97, 4.00)	0.0009	1.59 (1.25,2.04)	0.00008	1.37 (1.21,1.55)	0.005	1.28 (1.11,1.48)
Eclampsia	0.004	2.40 (1.31, 4.39)	0.007	1.43 (1.13,1.80)	0.006	1.23 (1.09,1.38)	0.005	1.22 (1.10,1.36)
Distocia	0.0002	2.19 (1.47, 3.27)	0.03	1.21 (1.05,1.39)	0.015	1.17(1.06, 1.28)	0.01	1.14* (0.8,1.62)
Sepsis puerperal	0.0004	1.61 (1.19, 2.18)	—	—	0.001	1.43 (1.20,1.70)	0.008	1.35 (1.11,1.64)
B) Neonatales								
Compl. respiratorias	0.002(+)	4.90 (1.77, 13.8)	0.00003(+)	1.53 (1.30,1.181)	0.001	1.13*(0.80,1.61)	0.02	1.11*(0.78,1.59)
Ictericia	0.015(+)	6.81 (1.37,33.87)	0.024	1.41 (1.07,1.86)	—	—	0.01	1.12*(0.79,1.61)
Infecciones ojos/ombigo	0.003	2.97 (1.41, 6.24)	0.005	1.40 (1.14,1.72)	—	—	—	—
Bajo peso/prematuros	—	1.94 (0.65, 5.81)	0.05	1.32 (1.01,1.72)	0.009	1.19 (1.08,1.31)	0.005	1.15*(0.80,1.64)
Diarrea	—	—	—	—	—	—	0.0009	1.28*(1.14,1.43)

¹ Estadísticamente significativas.

(+) Prueba de Fisher exacta.

(*) 0.5 fue añadido para calcular el valor RR (IC 95%).

Fuente: *Evaluación componente participación comunitaria* (Mothercare-Bolivia, 1999).

comunidades hacia el *camino de la supervivencia materna y perinatal* de MotherCare.

La tabla que sigue muestra cómo las personas que participaron del componente de participación comunitaria (agosto, 1999) saben utilizar gran parte del *camino de la supervivencia materna y perinatal* de MotherCare. Veamos:

- Reconocimiento:** El análisis de asociación de fuerza (RR) muestra una tendencia al cambio positiva y “fuerte”, y el valor de p muestra una estadística significativa para cinco de cinco y tres de cuatro variables de complicaciones obstétricas y neonatales.
- Valoración de complicaciones como “muy peligrosas”:** El análisis de fuerza muestra un cambio positivo y “fuerte” en dos de cinco variables obstétricas estudiadas, un cambio “sugerente” en tres de cinco variables estudiadas. Donde cuatro de cinco son estadísticamente significativas en el análisis de fuerza y en el de chi cuadrado y la prueba exacta de Fisher. Asimismo, el análisis de fuerza muestra una relación fuerte en una de cinco variables neonatales estudiadas, una relación sugerente en tres de cinco variables y una relación débil en una de cinco. Donde cuatro complicaciones neonatales son estadísticamente significativa en el análisis de fuerza y en el de chi cuadrado y la prueba exacta de Fisher. Esto es un gran avance, puesto que en el *Diagnóstico* (1996) la pre-eclampsia y la eclampsia no eran valoradas como peligrosas.

—**Intención de utilizar los servicios de salud en caso de presentarse complicaciones durante el embarazo, parto y postparto y recién nacido:** La intención de utilizar los servicios de salud para complicaciones obstétricas muestra una asociación de fuerza o cambio “sugerente” en cinco variables. Las cinco son estadísticamente significativas, indicando un cambio importante en la intención y toma de decisión de utilizar los servicios. Asimismo, la intención de utilizar los servicios de salud cuando se presentan complicaciones neonatales muestra una asociación de fuerza o cambio “sugerente” en tres de cuatro variables, y una relación “débil” en una. Tres de cuatro variables neonatales son estadísticamente significativas, mostrando un cambio alentador en la intención de utilizar los servicios.

—**Plan de acceso:** Las 12 variables estudiadas para acceder al servicio durante el embarazo y el parto muestran una tendencia positiva y “sugerente” al cambio para contar con un plan de acceso. Sin embargo, todavía no se encuentran estadísticas significativas.

—**Normas sociales:** Las 9 variables estudiadas muestran una asociación de fuerza o cambio “sugerente” y son estadísticamente significativas. Las comunidades que participaron del estudio están de acuerdo en que se vaya al servicio de salud cuando se presentan las complicaciones.

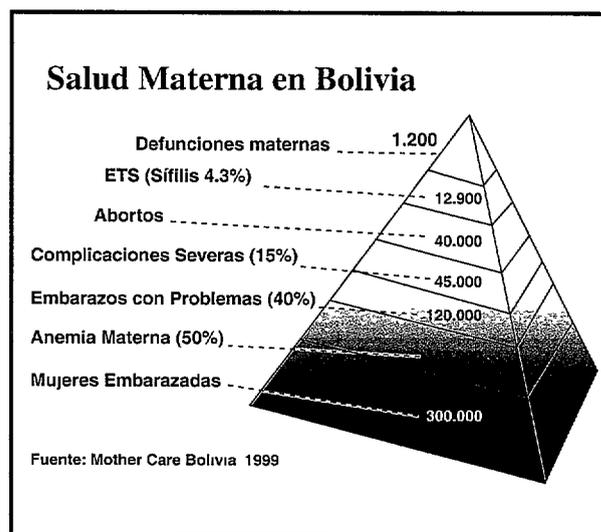
Asimismo, la variable “cuantos de sus familiares quisieran que vaya a un servicio de salud en caso de presentarse complicaciones obstétricas o neonatales” mostró tener una asociación de fuerza o cambio “sugerente”, además de ser estadísticamente significativa: $RR=1.25$ (1.07,1.46), con un valor de $p=0.01823$. El componente de participación comunitaria, según esto, tiene un impacto positivo.

C. Efectos de la intervención de MotherCare en el sistema de atención materna

El paquete de servicios de salud para mujeres embarazadas y recién nacidos involucra a la comunidad y al sistema de atención en salud. La comunidad, mujeres y sus familias toman la primera decisión cuando existe una necesidad en salud o se presenta una complicación en la embarazada o en el recién nacido. El *camino de la supervivencia materna y perinatal* presenta una secuencia de eventos importantes en el proceso.

Los servicios médicos y de salud que existen para atender a las mujeres embarazadas y sus recién nacidos son sistemas complejos, con muchos servicios que deben adaptarse regularmente a las necesidades de las mujeres y los recién nacidos.

Una cuestión importante para MotherCare es saber cómo opera el sistema de maternidad para causar o prevenir la mortalidad materna resultante de las complicaciones obstétricas. El estudio preliminar sobre atención realizado por MotherCare —*Análisis de situación*— llevó al desarrollo de varias intervenciones que se interrelacionan entre sí. Aquí, como en cualquier otro sistema, una serie de pequeños cambios puede tener un gran impacto.



1. Visión general de las intervenciones de MotherCare

La provisión de servicios de maternidad tiene como meta general a largo plazo reducir la mortalidad y morbilidad materna y neonatal y mejorar el estado de la salud. Con esto en mente, el proyecto MotherCare preparó los siguientes objetivos:

1. Incrementar el acceso a los servicios y la demanda apropiada.
2. Incrementar la calidad y calidez de la atención.
3. Instituir cambios de políticas que permitan mejorar la salud materna y neonatal.

Se diseñó un paquete específico de actividades para lograr los objetivos del Proyecto:

1. Actividades de información, educación, comunicación y orientación (IEC/O) en la comunidad.
2. Capacitación en comunicación interpersonal y orientación en los servicios de salud, además de una intervención para hacer de los hospitales *amigos de la madre y del recién nacido*.
3. Capacitación en conocimientos y destrezas en el manejo de la emergencia obstétrica y perinatal para proveedores de salud.
4. Información a todos los niveles del sistema de servicios de salud sobre resultados y recomendaciones provenientes del trabajo de investigación aplicada, y comunicación regular con autoridades del Ministerio de Salud y Previsión Social en políticas de salud.

5. Actividades de monitoreo y recolección de datos sobre complicaciones obstétricas — indicador de impacto especial elegido por el proyecto MotherCare— para mejorar el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), para la evaluación y la toma de decisiones.

Las preguntas de la *evaluación primaria* sobre el efecto del programa MotherCare incluyen:

1. ¿Se ha incrementado la cobertura de las complicaciones obstétricas y neonatales en servicios con atención obstétrica esencial luego de la intervención y de la campaña de IEC/O en la comunidad?
2. ¿Ha mejorado la calidad y la calidez de la atención materna luego de la capacitación en destrezas del personal de salud?
3. ¿Ha mejorado la satisfacción de la comunidad con respecto a la atención?
4. ¿Ha podido MotherCare-Bolivia influir en las políticas para mejorar el cuidado materno y neonatal?
5. ¿Son sostenibles los cambios en calidad de atención, acceso y demanda?
6. ¿Son sostenibles la satisfacción, la disposición de acudir a los servicios de salud y la cobertura?

Introducción al modelo conceptual

Presentamos a continuación un modelo conceptual a través del cual podemos observar las interacciones dinámicas generadas entre las mujeres/familias y los servicios de salud. Este modelo nos permite relacionar todos los hallazgos del proyecto MotherCare y responder así a las preguntas iniciales de la evaluación. Los componentes de este modelo, por su parte, están basados en el *camino de la supervivencia materna y perinatal* (ver figura en Capítulo I).

Este modelo conceptual, expresado en un *diagrama de dinámica causal*, muestra cómo un conjunto de diferentes condiciones interactúan entre sí determinando el comportamiento general del sistema, en este caso, de la atención materna y neonatal según los componentes definidos por MotherCare. Cada condición, estado o situación particular actúa de manera recíproca sobre los restantes (positiva o negativamente), determinando la dinámica del conjunto, y éste, a su vez, sobre la conducta de cada una de sus partes. Se trata de un modelo holístico, de efectos simultáneos y de proceso acumulativo.

A partir de este modelo conceptual podemos ver, por ejemplo, las determinaciones mutuas y progresivas que se suceden en cuanto a la disposición de las mujeres de buscar atención en el servicio de salud y a algunos factores que condicionan que éstas acudan o no al servicio. Dado el caso de que una mujer llegue a un servicio, la calidad de la interacción proveedor-cliente, del trato y su resultado determinará la satisfacción

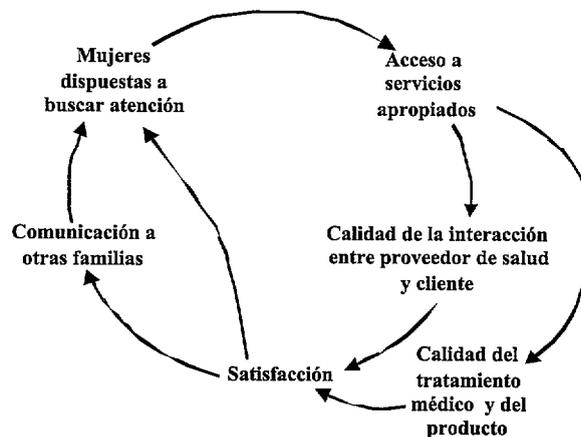
de la mujer; y su nivel de satisfacción, a su vez, condicionará su disposición futura para regresar al servicio de salud, así como la transmisión de su experiencia a los demás y la recomendación que haga sobre éstos.

Asimismo, si consideramos las acciones tomadas en los diferentes polos del proceso —por un lado la capacitación en comunicación interpersonal, orientación y manejo de habilidades obstétricas y neonatales de los proveedores; y, por otro, las actividades de información, educación y comunicación en la comunidad para poder reconocer señales y síntomas de complicaciones y tener información sobre los servicios de salud disponibles— vemos cómo, de manera diferente y desde diferentes direcciones, influyen y se complementan entre sí. Si se quiere producir un efecto más rápido y amplio, pronto se ve la necesidad de una combinación causal entre ambas acciones.

De igual modo, la intervención en materia de políticas e institucionalización de actividades ha

Figura 1

Diagrama primario de la dinámica causal del camino hacia la supervivencia materna y neonatal
MotherCare - Bolivia



sido pensada por MotherCare para lograr que sus acciones y el logro de sus cambios sean sostenibles más allá de la duración de las actividades del Proyecto.

La dinámica descrita, como producto de la integración causal de sus efectos, genera un proceso acumulativo y de refuerzo. Así, los efectos positivos producen nuevos y mayores hechos positivos, tanto como los negativos se refuerzan en otros más negativos y viciosos. Si se quiere mantener una trayectoria positiva en el proceso es preciso realizar actividades permanentes y acumulativas que sostengan la dirección.

Para mantener el nivel de respuesta alcanzado por los proveedores, por ejemplo, es necesario realizar actividades de supervisión y de capacitación al nuevo personal. La posibilidad de reconocer problemas y demandar atención por parte de la comunidad, por su parte, es algo que

igualmente requiere reforzarse llenando los vacíos que surgen continuamente.

Una vez generada la dinámica, sólo resta saber cuán sólida y autoacumulativa pueda ser, y cuánto puede durar sin una inversión adicional considerable de dinero y de esfuerzo.

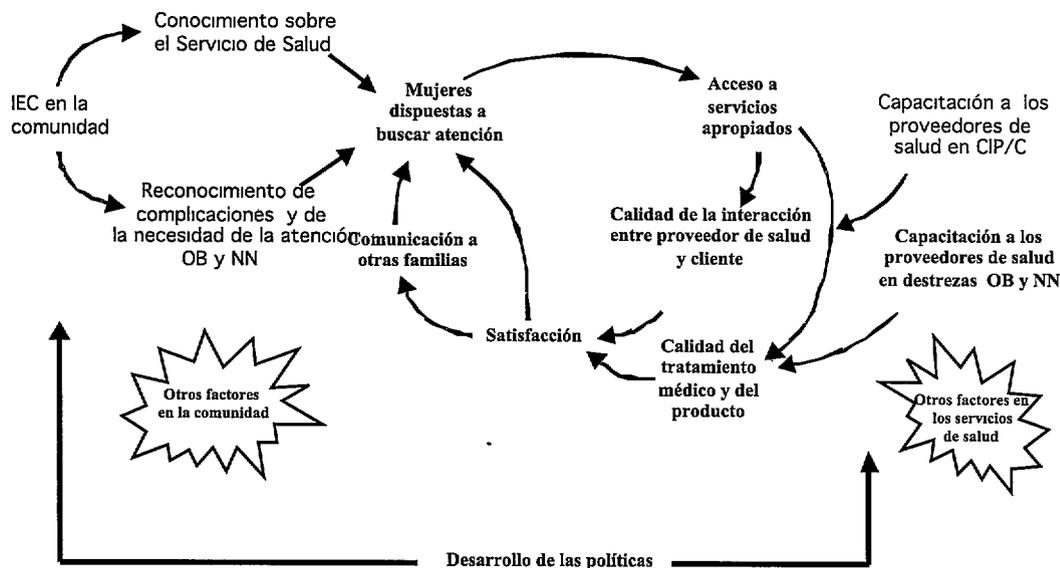
Definición de los conceptos del diagrama de dinámica causal

La disposición a buscar atención evoluciona como resultado de diferentes condiciones y factores de conducta:

- Reconocimiento de los signos y señales de complicaciones del embarazo.
- Valorar y considerar la gravedad cuando lo sea como para tomar acciones.

Figura 2

Diagrama de la dinámica causal del camino hacia la supervivencia materna y neonatal con las intervenciones de MotherCare/Bolivia



- Tener valores que predispongan al uso de los servicios de salud.
- Esperar recibir calidad y calidez de atención y orientación adecuada.
- Intención de usar y decidir hacerlo.
- Tener los planes y los medios para hacer uso de los servicios de salud como una meta realista.

El acceso y llegada a los servicios de salud supone varias condiciones: que los servicios estén disponibles, que las barreras para obtener atención sean bajas y que los factores que permiten su uso sean altos; que la calidad de la atención médica sea óptima, cálida y culturalmente adecuada; que los resultados sean positivos y con el mínimo error.

2. Interrelación entre intervenciones, resultados y efectos

Siguiendo la lógica de nuestro modelo de *dinámica causal*, existe en general un gran número de moderados a pequeños efectos (cambios) como consecuencia de las intervenciones de MotherCare. En general, tanto en un sistema complejo como en un sistema de atención materna, la combinación de una serie de pequeños cambios producen grandes efectos, a diferencia de lo que ocurre si son aplicados individualmente.

a. *¿Existen más mujeres dispuestas a buscar atención luego de haber sido favorecidas por las actividades de MotherCare? Sí, existe un aumento del conocimiento de las mujeres y del reconocimiento luego de las actividades educativas de MotherCare en la comunidad.*

Existe un mayor número de mujeres beneficiadas por las intervenciones de MotherCare con características que las predisponen a usar los ser-

vicios para complicaciones obstétricas y neonatales.

Un mayor número de hombres y mujeres que escucharon la información de la radionovela (comparados con personas que no escucharon la radionovela):

- Reconocieron complicaciones obstétricas y estaban más conscientes de su gravedad.
- Contaban más a menudo con planes de transporte, dinero y personas que cuiden de sus niños y sus hogares en el caso de que se presente una complicación que requiera atención médica.
- Expresaban su intención de usar los servicios en caso de surgir una complicación.
- Contaban con valores que los predisponían a usar el servicio de salud en el caso de una complicación.
- Reportaron usar un servicio de salud durante el embarazo.

De las mujeres que escucharon la radionovela de MotherCare, un número mayor pudo nombrar complicaciones obstétricas y neonatales. Lo que se ganó en conocimiento fue modesto; menos de 1/3 de las mujeres en cualquier grupo podía nombrar hemorragias como una complicación del embarazo y del parto, y un número menor reportaba ello como un problema en el período del post-parto. El edema y la anemia/debilidad fueron comúnmente nombrados como complicaciones del embarazo. Del 43 al 60% de las mujeres entrevistadas nombraron la mala posición del feto como una complicación del parto. La sepsis post-parto (a veces llamada “sobreparto” en Bolivia) fue la complicación post-parto más mencionada, nombrada por el 57,7% de aquellos que habían escuchado la radionovela, comparado con el 48,0% de mujeres que no la habían escuchado. En cuanto a los recién nacidos, las mujeres nombraron generalmente como complicaciones el bajo peso al nacer, infecciones de los ojos y ombligo y diarrea.

Estos datos provienen del *Estudio de impacto* que entrevistó a las mujeres que escucharon la radionovela de MotherCare y de los centros de salud donde se realizaron las actividades de MotherCare. Respondieron a las preguntas los grupos de mujeres actualmente embarazadas (o en los últimos 6 meses) y las mujeres que tuvieron un parto en los últimos 6-24 meses, así como sus respectivos compañeros. Los efectos comunitarios de las intervenciones dependen del proceso de realización, de su cobertura (cuanta población objetivo está expuesta a ellos), de la duración de su efecto y de la sostenibilidad de la intervención en sí misma.

La evaluación inmediata de los resultados de la emisión de la radionovela mostró que el 63% de las personas la habían escuchado y que el 51% de esas personas sabían que trataba temas de señales y síntomas de complicaciones obstétricas y neonatales y la importancia de buscar atención médica cuando éstas ocurrían.

La radionovela y los spots se repitieron a intervalos para alcanzar mayor audiencia y para reforzar la información en un tiempo de 2 1/2 años.

Las mujeres entrevistadas en el *Estudio de impacto* habían escuchado la radionovela entre dos meses a dos años atrás. No sabemos cuándo fue la última vez que escucharon el material ni cuán a menudo escucharon los mensajes.

La calidad del material IEC/O influye claramente sobre el efecto que tiene en la gente. La radionovela, las cuñas radiales y otras actividades de comunicación fueron cuidadosamente planeadas y ejecutadas para llegar a audiencias objetivo.

Las intervenciones IEC/O de MotherCare se basaron en anteriores estudios de diagnóstico que incluían el aprendizaje sobre palabras, términos, y perspectivas de la comunidad para varias enfermedades y acontecimientos relacionados con problemas obstétricos y neonatales; barreras de la atención, y los viabilizadores para acceder a la atención. Las intervenciones contienen la pers-

pectiva de la comunidad con una comprensión real de su punto de vista. Un paquete similar de actividades se realizó para indagar temas de comunicación y puntos de vista entre médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería.

La disposición de la comunidad para buscar atención y el componente IEC/O del modelo dependen en el funcionamiento de otros componentes para lograr el éxito esperado en el mantenimiento de la disposición de las mujeres y las familias de buscar atención.

La calidad de la comunicación interpersonal en los servicios de salud y la calidad de la atención médica debe mantenerse o, de lo contrario, disminuirá la disposición de la gente a usar los servicios de salud.

La disposición para buscar atención nace en la comunidad, no en los servicios médicos, a pesar de que es influida por lo que ocurre en los servicios médicos.

Por ejemplo, las mujeres en los centros de salud donde MotherCare realizó actividades, que también habían escuchado la radionovela consistentemente, tenían más probabilidad que las mujeres que habían sido favorecidas con una sola de cualquiera de las actividades de identificar las complicaciones más importantes del embarazo.

b. ¿Acudieron más mujeres a buscar atención en salud como resultado de las intervenciones de MotherCare? Sí, existen incrementos absolutos en el porcentaje de mujeres embarazadas que tuvieron su parto en servicios de salud y usaron los servicios médicos para una complicación obstétrica, en comparación con el distrito control.

Las intervenciones de MotherCare incentivaron el uso de los servicios para necesidades relacionadas con el embarazo en general y para complicaciones obstétricas en particular. Los indicadores están basados en datos del *Estudio de impacto*, resumen de los registros médicos y

la base de datos del SNIS que apoyan esta conclusión.

Un mayor número de mujeres embarazadas que escucharon la radionovela de MotherCare (comparadas con mujeres que no escucharon la radionovela) reportaron haber usado los servicios de salud durante su último embarazo cuando surgía un problema (76,7% vs. 69,8%; RR = 1,10 CI 0,92, 1,32)

La campaña de IEC/O desplegó materiales y capacitó personal en los centros de salud de los distritos de MotherCare y recalcó el mensaje de buscar atención cuando ocurre una complicación.

El indicador es la cantidad (%) de la necesidad de atención para complicaciones obstétricas graves que se satisface (cobertura) en los servicios de salud que disponen de atención obstétrica esencial. Este es el indicador de “demanda satisfecha”. En nuestro caso excluye complicaciones del aborto.

Para los distritos de MotherCare, el porcentaje de nacidos vivos esperados con complicaciones, encontrados en los servicios de salud, aumentó dramáticamente de 9,7% en 1996 a 16,5% en 1997, con incrementos continuos hasta llegar a 29,7% en 1999. El incremento general sobre el período fue más alto en los distritos favorecidos por las intervenciones de MotherCare que en el distrito control.

Es difícil saber cuánto de este incremento se debe sólo a las intervenciones de MotherCare. Las intervenciones de MotherCare ocurrieron luego del inicio del Seguro Nacional Materno Infantil en 1996. Para todos los indicadores, el incremento mayor atribuible es en 1997. El patrón general en las tasas (casi todas ellas) es que ocurra una declinación en la tasa de incrementos en 1998, seguida por un aumento en 1999. La combinación de incremento de porcentajes de partos en los servicios de salud confunde la medida de demanda satisfecha, ya que algunas de las mujeres con partos recientes en establecimientos de salud tendrán complicaciones obstétricas.

Los datos sugieren que en las áreas de intervención de MotherCare en 1999, un número mayor de mujeres con complicaciones obstétricas eligieron tener un parto en los servicios, en comparación con las mujeres en general. Este es precisamente el efecto que buscaban las intervenciones de MotherCare.

Los datos distritales y municipales provenientes del SNIS corresponden a un nivel más amplio donde no hay una medida directa para mujeres que sabemos han tenido contacto con intervenciones de MotherCare.

Estos datos indican que podemos detectar un efecto a nivel social de las intervenciones de MotherCare, como la campaña de IEC/O y la mejora de la calidad y calidez de los servicios. Se espera que estos datos muestren los efectos de las intervenciones con menos fuerza que aquellos que capturan intervenciones, mujeres “expuestas”. No todas las mujeres embarazadas en las áreas de intervención tuvieron contacto con MotherCare.

Rural

Control preventivo

Hogar	Desplazamiento	Establecimiento	Espera	Total
	 37 min		 32 min	69 min

Visita por complicación

Hogar	Desplazamiento	Establecimiento	Espera	Total
	 40 min		 24 min	73 min

Urbano

Control preventivo

Hogar	Desplazamiento	Establecimiento	Espera	Total
	 15 min		 9 min	34 min

Visita por complicación

Hogar	Desplazamiento	Establecimiento	Espera	Total
	 15 min		 38 min	68 min

Los indicadores de cobertura en la comunidad muestran patrones similares al indicador de demanda satisfecha. Los distritos de MotherCare obtuvieron incrementos absolutos en las tasas de cobertura para partos ocurridos en los servicios de salud y para todos los indicadores de cobertura prenatal.

El distrito control empezó en 1996 con tasas muy bajas para todos los componentes de atención materna en comparación con los distritos de MotherCare, que tenían una ventaja. Por lo tanto, los pequeños cambios en las tasas para el distrito control se traducen en incrementos matemáticos más pronunciados en los datos de indicadores, por ejemplo de 3% a 6% de cobertura en un año.

La calidad de los datos del monitoreo provenientes del SNIS también debe ser considerada. Ocurrieron cambios en las prácticas de reporte y registro en el sistema como parte de las actividades de MotherCare y las actividades de otras agencias, aun en el distrito control. Puede existir una mejora diferenciada en las prácticas de reporte en las áreas, por lo tanto, los nacimientos que no fueron reportados previamente en los servicios ahora sí lo son. Esto puede aparentar un incremento en la cobertura; pero no sabemos en qué medida el reporte puede afectar las tasas que estamos usando.

El uso del número esperado de partos y embarazos como denominador no es ideal en muchos de los indicadores. Estos números son estimados provenientes de los datos del censo. El distrito control es tratado como un área que está perdiendo población, y, por tanto, los estimados de año a año mostrarán menos y menos partos o embarazos. En consecuencia, algunos de los incrementos en el distrito control pueden ser engañosos, haciendo que las tasas se vean más altas de lo que realmente son. Los números en los distritos de MotherCare se incrementan año a año. La calidad de los datos del SNIS es impor-

tante para mantener la estabilidad del reporte de eventos a ser usados como indicadores.

Los efectos sostenibles y de gran impacto social resultantes del componente IEC/O de MotherCare y de las intervenciones de capacitación no pueden ser detectados aún. El marco de tiempo es de corto plazo (1-2 años). La difusión de la información y el reconocimiento a través de la comunidad de las mujeres embarazadas probablemente tomará más tiempo de lo que tiene el Proyecto. La medición del cambio de conducta de las mujeres toma tiempo, especialmente cuando las mujeres pueden estar embarazadas sólo una vez cada 18 meses. Asimismo, muchos de los proveedores capacitados se trasladaron de los distritos de MotherCare durante el período del estudio, atenuando los efectos de la capacitación.

Se requiere una actividad sostenida, y esto es algo que deben lograr las políticas de programas educativos para proveedores y para un trabajo continuo comunitario de IEC/O.

c. ¿Ha mejorado la calidad y calidez de la atención en los servicios beneficiados por las intervenciones de MotherCare? Sí, pero las tasas de práctica son bajas un año después de la capacitación, aun en los establecimientos de salud de los distritos de MotherCare.

- ¿Ha mejorado y es sostenible la competencia del proveedor en comunicación interpersonal y habilidades de orientación (CI/O)? Ha mejorado a corto plazo y algunas habilidades son sostenibles por lo menos durante un año.
- ¿Han mejorado y son sostenibles las habilidades del proveedor en el manejo de complicaciones? Fueron mejoradas a corto plazo y son sostenibles por lo menos durante un año. Es discutida la sostenibilidad de continuar brindando cursos de capacitación a los proveedores.

Se comparó a las mujeres que acudían a recibir cuidado prenatal en centros de salud seleccionados, donde habían actividades y capacitación de MotherCare, con aquellas que acudían a centros de salud que no contaban con las actividades de MotherCare. Las intervenciones de MotherCare incluyeron la capacitación de proveedores de salud para educar a los clientes, junto con otro tipo de recordatorios disponibles para mujeres como ser afiches y material educativo.

Un mayor número de mujeres embarazadas que buscaron atención en centros de salud donde se habían realizado actividades y capacitación por parte de MotherCare, en comparación con mujeres en centros de salud en el distrito control, reconocieron complicaciones, y ambos grupos podían apreciar la gravedad de las complicaciones.

Ya que estas mujeres estaban usando un centro de salud, habían mostrado su disposición de buscar atención y su habilidad de acceder al sistema.

La combinación de las intervenciones brindó un alto nivel de efecto. Por ejemplo, las mujeres que buscaban cuidado prenatal en un centro de

salud donde se desarrollaban actividades de MotherCare y que también habían escuchado la radionovela consistentemente podían espontáneamente nombrar las complicaciones más importantes del embarazo, en comparación con las mujeres que no habían sido beneficiadas con cualquiera de las intervenciones (*Ibidem*).

Un alto porcentaje de las mujeres embarazadas entrevistadas en la comunidad y que habían usado un centro de salud de MotherCare reportaron características positivas de los centros. Las características encontradas en los centros de MotherCare fueron: atención más rápida, información sobre lo que el cliente necesita hacer durante la consulta, las enfermeras y los médicos brindaban buena atención al cliente (interpersonal) y ayudan al cliente a planear el acceso a la atención en caso de presentarse una complicación.

La capacitación basada en competencias para la atención obstétrica y neonatal fue impartida para mejorar la calidad de la atención médica. Los proveedores también recibieron capacitación en comunicación interpersonal y habilidades de orientación (CI/O).

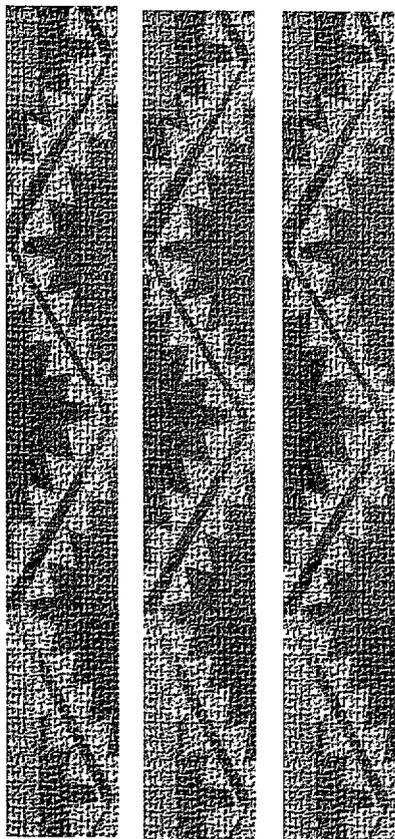
Porcentaje de mujeres que nombra como complicación la mala posición del feto durante el embarazo

Escucharon la radionovela y asistieron a un centro de MotherCare	17,2%
Escucharon sólo la radionovela	11,3%
(no asistieron a un centro de MotherCare)	
En un centro de MotherCare solamente	8,9%
(no escucharon la radionovela)	
No escucharon la radionovela y no asistieron a un centro de MotherCare	5,8%

Chi cuadrado para tendencia $p = 0.0005$

Se comparó a las mujeres embarazadas que acudieron a los centros de salud asistidos por MotherCare con aquellas que acudieron a centros de salud no asistidos por MotherCare con respecto a la atención recibida. Las mujeres de los centros asistidos por MotherCare reportaron significativamente haber recibido más orientación en planificación familiar (57,9% vs. 45,8%) y prevención de enfermedades de transmisión sexual (51,2% vs. 39,98%) (*Ibidem*).

Las actividades de prevención para anemia en el embarazo brindan un buen ejemplo del efecto de IEC/O, CI/O y de las actividades de capacitación. Más del 75% de las mujeres en ambos grupos recibieron indicaciones de tomar tabletas de sulfato ferroso para prevenir anemia, pero sólo el 3,6% de las mujeres del centro control fueron introducidas al material educativo sobre anemia y su prevención, comparado con 8,9% de las mujeres de los centros de MotherCare. Los ca-



lendarios recordatorios (para recordar a las mujeres tomar sus suplementos de sulfato ferroso) se entregaron al 16,6% de las mujeres en los centros de MotherCare, comparado con 6% en los centros control.

La capacitación evidentemente mejora la práctica, a pesar de que las tasas de desempeño son bajas; sólo 8,9% de las mujeres recibieron material educativo de los proveedores de los centros de MotherCare. Aparentemente, el material estaba disponible en el centro de salud, según los datos que evaluaron el componente IEC/O.

En los centros de los distritos asistidos por MotherCare un mayor número de mujeres recibió 90 tabletas de sulfato ferroso durante el embarazo (el ideal recomendado) que en los centros control, a pesar de que el total general es bajo. Por ejemplo, en 1999 19,5% de las mujeres en los centros de salud en los distritos atendidos por MotherCare recibieron 90 tabletas de sulfato ferroso, comparado con 6,0% en el distrito control (Cfr. *Sistema de Monitoreo de MotherCare*).

Existen varias razones para esto, muchas de las cuales se presentan en la sección de prevención de anemia de este reporte. En algunos casos, los proveedores percibían que no contarían con el número suficiente de tabletas para dar a todas las clientes de atención prenatal las 90 tabletas. Esto es probablemente cierto en algunas áreas, pero en otras el número de mujeres que vuelven para la atención prenatal es bajo y no podrían acabar con la provisión. En términos de cobertura, las mujeres necesitan recibir educación en su comunidad sobre los beneficios de continuar con su atención prenatal durante todo su embarazo. Sin embargo, los servicios deben estar preparados para enfrentar el incremento en la demanda.

Para lograr que la capacitación sea relevante, se determinó qué habilidades y conocimientos necesitaban los profesionales en salud en base a una serie de diagnósticos previos realizados por MotherCare: el análisis de situación, el análisis

de los riesgos y enfermedades más comunes en el campo de la obstetricia y la neonatología, datos provenientes del *Diagnóstico: Barreras y viabilizadores* y evaluaciones de experiencias durante la capacitación. El formato fue lo suficientemente flexible para responder a las nuevas necesidades identificadas.

Una descripción completa de la actividades de capacitación y de sus resultados inmediatos se encuentra en la sección de capacitación de esta publicación.

Los médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería fueron capacitados en forma conjunta, apuntalando el trabajo de equipo en los servicios que habría de mejorar la calidad de atención recibida.

Si las intervenciones buscan tener un efecto sobre los indicadores a nivel de población, es necesaria la cobertura de una gran proporción de proveedores en los distritos de MotherCare.

Se brindó capacitación a un 59% de los centros de salud y postas de salud en los distritos de MotherCare. Entre su personal, fue capacitado el 100% de las enfermeras y auxiliares, pero sólo el 59% de los médicos. Menos del 50% de los hospitales de distrito recibieron capacitación, con 39% de médicos, 53% de enfermeras y 39% de auxiliares capacitados. Cerca del 62% fueron auxiliares, que son los proveedores más estables en los centros y postas de salud. Se esperaba que aquellos que recibieron capacitación instruyan a los que no la recibieron sobre el material y cómo establecer registros y formar grupos para analizar casos complicados (averiguaciones confidenciales). No todas estas metas fueron totalmente cumplidas (ver la sección de materiales de capacitación para detalles específicos).

Desde un inicio, el proyecto MotherCare tenía como meta hacer que las actividades de capacitación sean sostenibles más allá de MotherCare. Las actividades que se realizaron para contribuir a la sostenibilidad de la capacitación fueron la supervisión y re-capacitación, capacitación de capacitadores, diseño y disemina-

ción del currículo, creación de centros de capacitación, introducción de la capacitación en las universidades y un enfoque basado en la competencia.

La mayor preocupación es la continuación a largo plazo de la capacitación en IC/O y la capacitación basada en competencia de habilidades obstétricas y neonatales. El enfoque más lógico para dar continuidad es enseñar versiones mejoradas de esta capacitación a nivel universitario. MotherCare ha trabajado en esto promoviendo el desarrollo y la ejecución de políticas públicas; se han redactado y publicado protocolos y procedimientos que deben ser apoyados por una capacitación continua en servicio.

Para que la mejora lograda en la calidad de atención alcance a suficientes mujeres y tener un impacto en el status de salud en la comunidad de mujeres embarazadas, el universo de capacitadores que han recibido capacitación debe ser mayor. Los proveedores cambian constantemente en los centros de salud. En los distritos de MotherCare se encontraron en las visitas de supervisión realizadas durante el tiempo cada vez menos proveedores capacitados. Esto disminuye el efecto de las intervenciones e incrementa el porcentaje de mujeres embarazadas que no han sido beneficiadas de una calidad de atención más alta y, en consecuencia, afecta su disposición de buscar atención.

La duración del efecto de la capacitación necesita ser mayor y no tener sólo un efecto inmediato luego de realizarse. Cuando los capacitados vuelven a sus centros de trabajo, sus habilidades pueden atrofiarse. Para asegurar que las destrezas sean puestas en práctica es necesario realizar nuevas actividades de supervisión y de capacitación. En el corto plazo, luego de la capacitación, había un promedio de 30% de incremento en conocimientos, aunque de manera distinta entre médicos, enfermeras y auxiliares. Generalmente las auxiliares aprendieron más (ver los resultados en la sección de capacitación de este informe).

La evaluación a largo plazo (un año post-capacitación) mostraba que quienes recibieron capacitación habían mejorado en conocimientos, en destrezas prácticas y en actitud, en comparación con aquellos que no recibieron ninguna capacitación.

La observación directa en torno a las prácticas de CI/O por parte de los proveedores seleccionados, luego de un año, para algunos, de haber recibido capacitación, confirmó que éstos estaban usando algunas de las destrezas deseadas de orientación, especialmente aquellas dirigidas a mejorar la calidez de la atención prestada (saludar personalmente al cliente, dar la mano, invitar al acompañante a la consulta, etc., cosas que hacen que las mujeres se sientan bienvenidas); pero no así de aquellos proveedores que no recibieron capacitación, pues no estaban haciendo mucho uso de los materiales educativos que se les había provisto.

Sólo del 11 al 19% de las mujeres en los centros de salud donde trabajó y brindó material MotherCare recibieron material educativo; pero muestra un gran contraste con los centros que no recibieron capacitación de MotherCare, donde sólo del 1 al 4% de las mujeres embarazadas reportaron recibir alguna información educativa. (Cfr. *Estudio de impacto*).

Para dar mayor realce y mejorar la calidad y calidez del sistema de atención materna se desarrolló un paquete de *hospital amigo de la madre*, aplicado en 30 servicios de salud en los distritos de MotherCare. Este paquete introduce cinco actividades culturalmente sensitivas, especialmente importantes para las personas del área andina durante el parto (presencia del esposo o la partera, privacidad, estar cubiertas y abrigadas durante el trabajo de parto, elegir la posición para el parto y que se devuelva la placenta a la familia).

Los datos de observación y las entrevistas muestran que los proveedores capacitados por MotherCare sí utilizaban estas prácticas, en comparación con aquellos que no recibieron capacitación.

Un mayor número de mujeres en los centros de salud de MotherCare reporta que sus costumbres son respetadas en comparación con las mujeres en los centros del área control. Igualmente, un mayor número de mujeres en los centros de MotherCare reportaron haber recibido información para poder practicar sus costumbres, como por ejemplo, recibir la placenta del bebé o mantenerse abrigadas durante el parto.

d. ¿Existe un mayor número de mujeres que expresen satisfacción con la atención recibida en los centros de salud apoyados por MotherCare? En general, no.

Cuando se entrevistó a las mujeres mientras esperaban atención en los centros de MotherCare y en los centros del área control, un 95-97% de ambos grupos manifestaron que estaban de acuerdo con la atención que recibían. Se sabe que las personas no están dispuestas a criticar la atención mientras están en el servicio.

Probablemente es necesario aplicar otros métodos de recolección de datos para obtener información en profundidad sobre satisfacción. El método que nosotros usamos empleó cuatro preguntas con un formato de opción de respuesta cerrada. Las preguntas abiertas pueden brindar más información.

Un porcentaje alto de mujeres embarazadas que recibieron atención en los servicios de salud donde se llevaron a cabo las intervenciones de MotherCare expresaron su satisfacción con la atención recibida y que recomendarían el centro a otras personas (entre aquellas que escucharon la radionovela, 84,8% vs. 70,9%, y entre los que no la escucharon 82,1% vs. 77,9%).

3. Conclusiones

- Las actividades en la comunidad para educar e incentivar a las mujeres a usar la atención médica para necesidades relacionadas con embarazo (especialmente cuando hay complicaciones), si se quiere sostener el incremento en la utilización de los servicios, necesitan medidas que mejoren el acceso al servicio y mantengan la calidad de atención.
- La mejora de la calidad y la calidez de la atención debe poder medirse en un cambio del estado de salud de las mujeres y su percepción acerca de la atención.
- Con la introducción del Seguro Nacional Materno Infantil en 1996 se incrementó en 1997 el uso de los servicios relacionados con el embarazo más que en cualquier otro año. Es difícil diferenciar la incidencia de las intervenciones de MotherCare en el cambio de tasas de uso de aquella atribuible al Seguro. Se puede decir que toda la serie de cambios se ha traducido en incrementos absolutos en la utilización y en la calidad de atención percibida.
- Un mayor número de mujeres y familias beneficiadas por las intervenciones de MotherCare reportan mejor disposición a buscar servicios de salud profesionales para necesidades relacionadas con el embarazo y el recién nacido.
- Existen pocos efectos que sean altamente impresionantes como resultado de las intervenciones de MotherCare, pero la acumulación de muchos y varios pequeños efectos favorecen la mejora de la situación de la salud de las madres y de los recién nacidos.
- En los distritos de MotherCare existen incrementos modestos en cuanto a cobertura de servicios relacionados con el embarazo y las complicaciones obstétricas, en particular después de la introducción del Seguro Nacional Materno Infantil y del Seguro Básico.
- Las intervenciones de MotherCare parecen incrementar la calidad de atención percibida por las mujeres embarazadas.
- Un sistema complejo como la atención materna requiere que se realicen cambios en varios y diferentes sectores para lograr cualquier efecto.
- La competencia en habilidades y la capacitación en CI/O deben tener una cobertura más amplia y una duración mayor que incluya supervisión, re-capacitación y mecanismos de sustentabilidad. El constante movimiento de los proveedores capacitados fuera de los distritos de MotherCare hace que la efectividad de la atención disminuya.

- Es necesario contar con un sistema de recolección de datos estable basado en la comunidad. Se necesita un proceso de monitoreo para hacer un seguimiento de los efectos y detectar deterioros en el sistema. El proceso necesita monitorear resultados y procesos para saber, por ejemplo, si se están practicando las destrezas, y si los profesionales asisten a las actividades de capacitación para continuar su educación (un indicador de proceso).
- Se necesita un marco de tiempo más amplio para poder detectar el impacto de las intervenciones en mortalidad y morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, en un marco de tiempo mayor, interfieren en la medición otros factores sociales que no permiten medir la contribución directa de las intervenciones en los cambios observados.

Mejorar la calidad de la atención (que incluye calidez y sensibilidad cultural) ayudará a incrementar la demanda de servicios, pero en una escala más pequeña de la que se puede lograr con actividades en la comunidad. Es crucial poder contar con calidad de atención, tanto en el trato amigable a la madre como en la competencia en el manejo médico.

Enfocar sólo el lado de los servicios de salud de la *dinámica causal* sería una manera lenta e ineficiente de mejorar el estado de la salud materna y neonatal, debe tomarse también en cuenta a la comunidad en su totalidad, ya que el resultado depende de que cada mujer haya tenido una experiencia positiva capaz de ser reproducida por otras de su entorno. Si ella logra influir, entonces las otras mujeres acudirán, tanto como ella lo hará en su próximo embarazo. Este es un enfoque basado en la individualidad.

El incremento en la oferta de servicios, reduciendo las barreras de acceso como lo hizo el Seguro Nacional Materno Infantil, incrementa la demanda de atención. Si la atención es de buena calidad, las mujeres pueden volver y hacer que otras hagan lo mismo; pero si la calidad de atención es deficiente, pueden no hacerlo y aconsejarán a otras que no lo hagan.

La estimulación de un rápido aumento de la demanda de servicios puede sobrecargar los sistemas existentes, dando como resultando una baja calidad de atención. Si esto sucede, las tasas de utilización logradas con la disminución de las barreras económicas de acceso no serán sostenibles. Existen otras barreras además de las económicas, como la cultural, que es de gran importancia. Para que los incrementos en la utilización sean sostenibles la calidad de atención debe continuar y la comunidad debe estar consciente de la necesidad de buscar atención.

Un enfoque basado en la comunidad con un componente IEC/O que amplíe el reconocimiento de las necesidades, incremente el conocimiento de los servicios, divulgue la existencia de un mejor servicio y favorezca la disposición de buscar atención parece estimular la utilización de los servicios, especialmente cuando existen complicaciones obstétricas.



Capítulo 4

Las lecciones

Abrir caminos de sostenibilidad

La intervención del modelo holístico de MotherCare en el mercado de la salud marca un hito relevante en el camino de la esperanza de vida de las madres y los recién nacidos de Bolivia.

Los esfuerzos realizados a favor de la supervivencia materna y perinatal en el país han enfrentado diversos factores estructurales como el empobrecimiento de la oferta de los servicios de

salud y la baja demanda de la población a los establecimientos de salud.

El proyecto de MotherCare ha coincidido con un proceso de importantes transformaciones en el país, como las que se describen en el Capítulo I. Así pues, el trabajo de MotherCare se desarrolló en medio de un proceso de reformas estructurales del que también formó parte contribuyendo con importantes aportes al reordenamiento de las relaciones entre el Estado, el mercado y la sociedad.

La experiencia del Proyecto mostró que es precisamente en el sector salud donde se encuentran dramáticamente expresadas las inadecuaciones e imperfecciones que Bolivia trata hoy de superar, y a partir de esta situación podemos ver también en qué medida y con qué posibilidades de proyección MotherCare ha podido comprender y modificar el mercado de la atención de la salud pública en el marco de la consolidación de la economía de mercado a nivel nacional.

Una estructura económica imperfecta basada en fallas de mercado y sus consecuencias colaterales, con asimetrías notables e ineficiencia económica y social nos aporta, pues, la primera gran lección:

Cualquier intervención social que pretenda ser exitosa en el campo de la salud, en este caso de la reproductiva, debe adaptarse a las externalidades del mercado nacional.

Las relaciones del mercado de la salud, en un contexto de economía de mercado, generaron déficits en el área social al disminuir la ayuda del gobierno a estos sectores (1985-1994).

El ciclo de acción comunitaria

Las primeras intervenciones de MotherCare, realizadas a través del proyecto Warmi en el período 1990-1994, se producen en un contexto de rigidez de varios factores esenciales, donde el mercado de atención de salud tenía una fuerte intervención estatal.

Los diagnósticos cualitativos, a partir de una participación de la sociedad organizada en grupos de mujeres, permitió identificar el factor de crisis del sistema de salud y detectar las necesidades de la población. El encuentro entre los proveedores de salud y las mujeres de la comunidad determinaron el engranaje fundamental.

Los escasos contactos entre los proveedores de salud y las comunidades marca una situación determinante en el momento de iniciar nuestras intervenciones: un mercado rígido, sin equilibrio, con una oferta estática y una demanda insatisfecha ocasionó que las madres y los recién nacidos se encontraran desprotegidos en el mercado afectando la calidad de vida de estos grupos poblacionales.

Bajo un mercado de salud de competencia imperfecta se produjo una situación de información asimétrica en los sistemas de salud: la oferta de servicios de salud no era asumida por la población debido a barreras como los costos y el trato. Las deficiencias del mercado iban por el camino peligroso del desborde de los indicadores de salud materna y perinatal. La elevada natalidad y la elevada mortalidad señalaban los objetivos a superar de cualquier intervención en el proceso.

La gran lección aprendida en la inauguración del proyecto MotherCare en el ciclo de acción comunitaria ha sido que cualquier intervención en salud reproductiva supone la aplicación de una estrategia de integración de los actores del mercado de la salud que posibilite una movilidad de sus factores esenciales.

El ciclo de acción comunitaria atacó las rigideces del mercado en tres vectores: a) El auto-diagnóstico, que permite que las mujeres prioricen sus principales problemas de salud; b) La planificación conjunta, que define la interacción proactiva del proceso y; c) La ejecución, que organiza un paquete de intervenciones que enriquecen y dinamizan el proceso. La derivada resultante acumulada es que se empiezan a dar los primeros flujos de llegada de mujeres con complicaciones obstétricas a los servicios de salud.

Los impactos en el mercado se producen en parte por la información que actúa como puente de integración en el camino de la supervivencia

materna y perinatal, y de una gestión del proceso de contacto que abre el diálogo y la comunicación interpersonal entre la comunidad y los proveedores en salud. Las intervenciones de MotherCare se acumulan y empiezan a equilibrar el mercado de la salud materna, inaugurándose un nuevo espacio caracterizado por el desarrollo de la información, el rol de la organización social y las estrategias de capacitación.

El ciclo de acción comunitaria permite la aplicación de estrategias sobre la demanda de los servicios de salud para las madres y los niños que en las áreas de impacto empiezan a configurar una tendencia de crecimiento de los factores del mercado. Los materiales educativos producidos ayudan a superar los problemas de información asimétrica de parte de la comunidad. Crecen los partos atendidos, crece la detección de las señales de peligro de complicaciones obstétricas y neonatales, crecen las coberturas y la accesibilidad.

Esta tendencia favorable se torna fundamental para las posibilidades de acción de MotherCare en el mercado de la salud durante el primer ciclo de trabajo. El camino de la *maternidad segura* entra en una trayectoria positiva e inaugura un ciclo orgánico y sistémico que en su desarrollo permitirá una integración.

La estrategia de acción comunitaria describe el movimiento de elasticidad de la demanda de la población comunitaria, y en los cimientos de las intervenciones se definen tres componentes claves para la continuidad del proceso.

El componente de capacitación permitió detectar la importancia y el rol de las parteras, cuya labor en el proceso de información asimétrica es clave, y su doble rol como agente de la información y de canal de flujo hacia los servicios de salud es de importancia vital. El liderazgo de la partera es significativo en la medida en que crea un proceso proactivo: su capacitación incide directamente en la demanda.

El componente de información, educación y organización comunitaria permite un acceso a la información, y el consiguiente reconocimiento de las demandas se torna vital en la línea de continuidad y acceso al mercado. El desarrollo de este componente fue importante en las relaciones de mercado en la medida que le dio organicidad al proceso.

El componente de prevención y atención desarrolla intervenciones en planificación familiar y atención de controles prenatales para la detección de las complicaciones obstétricas y perinatales, así como la utilización de paquetes de parto limpio. Ambas estrategias marcaron los ritmos de las intervenciones que se hicieron más durables en el mercado.

Las intervenciones del ciclo de acción comunitaria se acumulan, y como en ningún otro momento afectan las tasas de desempeño en las áreas de impacto del proceso. La reducción de las tasas de morbi-mortalidad materna y perinatal justificó el propósito y la dirección de las intervenciones.

La lección aprendida es que la organización comunitaria desbloquea algunas barreras del mercado y viabiliza una aproximación de los actores del ciclo reproductivo, derrumbando el paradigma clásico que señala que la simple existencia de los servicios de salud genera su propia demanda.

La apropiación de las mujeres de sus propias necesidades de salud marca un hecho fundamental en el camino hacia una *maternidad segura*, y crea un canal orgánico para el acceso a los servicios de salud, situación que va a ser decisiva en la validación y universalización de la experiencia acumulada del Proyecto.

El ciclo institucional

El segundo ciclo de intervenciones del Proyecto es reconocido como ciclo institucional. Los resultados conseguidos y validados y la calidad de las intervenciones durante el primer ciclo liberaron en parte los factores del mercado y mejoraron las intervenciones del Proyecto. Este segundo ciclo está caracterizado por una flexibilización de la oferta de servicios de salud para madres y niños.

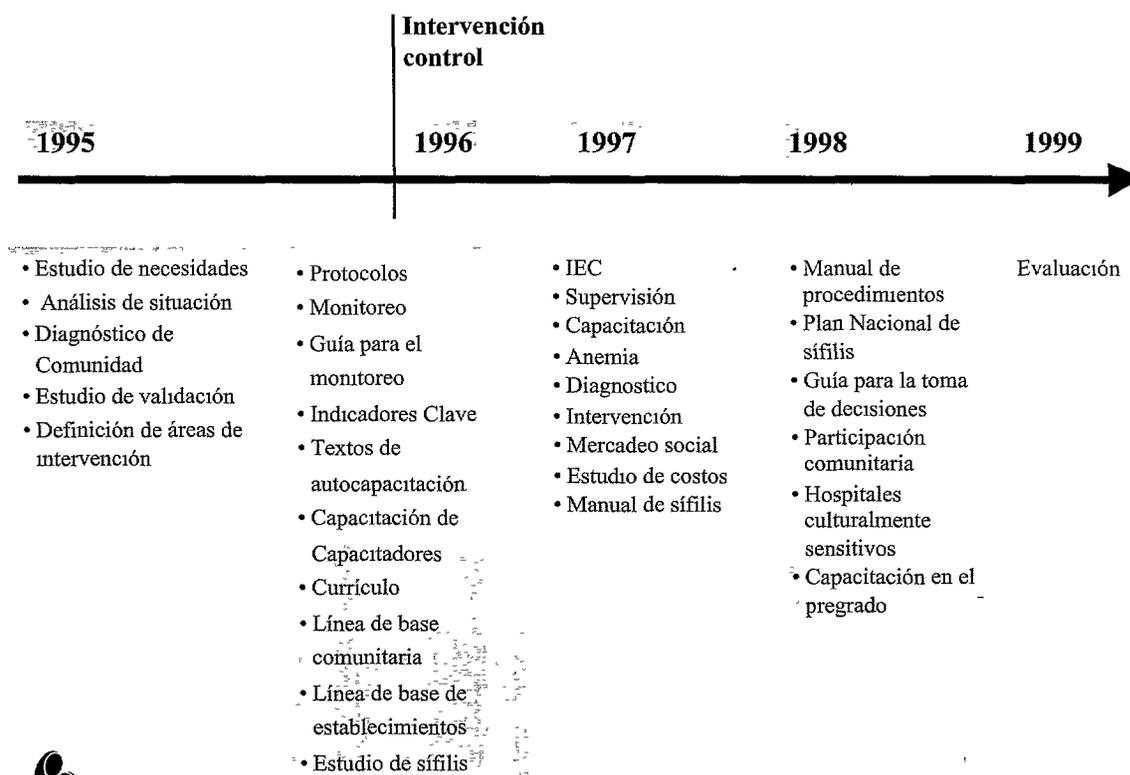
Su temática giró en torno a los niveles de calidad que el mercado de la salud materna y perinatal ofrece en materia de cuidados obstétricos y funciones obstétricas esenciales. El ámbito de intervención se localiza y desarrolla, por tanto, en el sistema de salud institucional.

Los hallazgos de la línea de base comunitaria y del diagnóstico de comunidad permitieron dar elasticidad a la demanda, y se pretendió adecuarla a las necesidades del sistema institucional. La búsqueda de una optimización del mercado requería de una adecuación de la demanda, las necesidades y la oferta de los servicios de salud.

De un escenario afectado por el desborde de tasas y coberturas entramos a un escenario cargado de indicadores y resultados esperados.

El objetivo de este nuevo ciclo era probar la viabilidad de un modelo que termine de integrar todos los componentes necesarios y suficientes en el *camino de la supervivencia materna y perinatal*. La estrategia sobre la oferta de servicios iba a ser clave en esta nueva situación.

El proceso intervino en la aplicación de nive-



les ideales para la oferta de servicios en el mercado de la salud. La viabilidad de un modelo organizado de intervenciones en salud dio lugar al diseño y realización de estrategias de intervención a través de los componentes de calidad y calidez, IEC/O, información para la toma de decisiones y promoción de políticas.

Se trata de una institucionalización y optimización de las intervenciones orientada a mejorar la oferta de servicios de salud y generar una tendencia progresiva de satisfacción de la demanda. Este proceso supone en el caso específico que las funciones obstétricas esenciales se incluyan en los servicios de salud a partir de la aplicación de normas de calidad y calidez.

El componente calidad de servicios permitió actuar sobre el sistema institucional de salud a través de intervenciones que comprendían desde los responsables de tomar decisiones hasta los proveedores de salud.

El paquete de normas y procedimientos abrió *la estrategia de promoción y formación de agendas de políticas públicas*, llegando a la punta del proceso con la universalización de protocolos de atención a la mujer y al recién nacido en todo el sistema de salud.

El componente de monitoreo se desarrolló en dos ejes de intervención. A nivel longitudinal, la línea de continuidad del monitoreo se dio con un enfoque sistemático en el seguimiento de los indicadores claves en las áreas de impacto del Proyecto; y a nivel transversal permitió cerrar el ciclo integrando la información de partida y de llegada entre los proveedores y los clientes.

La institucionalización académica del currículo muestra la integración entre el Estado, las universidades y el sistema de salud. La universalización de los materiales de mercadeo y formación y el análisis comparado del proceso entre las áreas de intervención y el distrito de control señalan una línea de continuidad orgánica del proceso.

De un mercado de la salud nacionalmente desprotegido se llega a un mercado supervisado en las áreas de impacto, con flujos dinámicos que integran los componentes del Proyecto y validan sus intervenciones.

La gran lección aprendida en este segundo ciclo es la demostración de que el camino de la supervivencia materna y neonatal es posible y ha generado un proceso durable con resultados transparentes y eficientes.

La integración del mercado

La dinámica del proceso es tan grande y concurrente que, mientras en el país se termina de integrar la economía de mercado con un paquete institucionalizado de reformas que están en plena aplicación, en el campo de la salud, y como parte inaugural de las reformas de tercera generación, se aplica una política de seguros que resuelven varias imperfecciones del mercado de la salud e integran sectorialmente el dominio de sus efectos.

El Seguro Nacional de Maternidad y Niñez dinamiza el proceso de una manera acelerada. Actúa en la oferta de servicios de salud con un paquete para la madre y el niño gratuito que elimina las barreras económicas.

MotherCare tiene una intervención ex-ante y ex-post. El *Diagnóstico: Barreras y viabilizadores en la atención de complicaciones obstétricas y neonatales* definió la línea sociocultural de los principales problemas maternos y perinatales, tanto en la comunidad como en los proveedores de salud, y el *Estudio de costos* definió un paquete de ajuste entre costos ideales y costos reales que fueron comparados con los costos variables del Seguro Nacional de Mater-

nidad y Niñez. Finalmente, MotherCare intervino en el diseño de normas y protocolos que sirvieron para la aplicación del Seguro.

El Seguro intenta equilibrar el mercado y proyectarse con una tendencia creciente y positiva.

La lección aprendida es que la aplicación de los seguros resuelve algunas imperfecciones del mercado, aumentado las coberturas y disminuyendo las barreras económicas.

La aplicación de los seguros tiene el reto de hacer sostenible su oferta de calidad en los servicios de salud.

La lucha contra las constantes del mercado

La situación de la anemia en la embarazada y las enfermedades de transmisión sexual afectan a las madres y los recién nacidos, y tienen un comportamiento estructural en el mercado de la salud.

El componente de mercadeo social y de coberturas del Proyecto actuó sobre una situación constante en el mercado que abarca al 50% de las mujeres con anemia en el embarazo y que afecta al 20% de las muertes maternas que cursan con diferentes grados de anemia. La estrategia aplicada fue la suplementación con tabletas de sulfato ferroso, buscando romper los cuellos de botella administrativos de la distribución. La tendencia de continuidad aumentó las coberturas y el efecto de demostración fue la disminución de la propensión a la anemia por parte de la mujer embarazada. La estrategia supone una valoración continua y homogénea del mercado a través del modelo de las cinco «P» del mercadeo social (ver Capítulo II, parte 5).

La lección aprendida en el proceso de suplementación con sulfato ferroso es que el sistema de salud tiene barreras tradicionales de gestión que impiden democratizar la distribución de tabletas, pero, con todo, que es posible superarlas a través de acciones de información, educación, comunicación y orientación.



Actores de la Radionovela
“El Diario de un destino”

La otra situación constante en el mercado de la salud es la presencia y el manejo de riegos, pues tiene un fuerte impacto sobre la salud materna y neonatal, afectando la carga de morbilidad. Dentro de este panorama el impacto de la sífilis congénita y materna es elocuente.

Las intervenciones de MotherCare tuvieron en este rubro dos hitos importantes: la intervención en el Programa Nacional de Eliminación de la Sífilis Materna y Congénita, y la inclusión del manejo de la sífilis en el Seguro de Maternidad y Niñez y en el Seguro Básico de Salud. Es el resultado de mayor logro en materia de agenda. Los ejes de la intervención se establecen en una línea de continuidad que va desde la detección de un problema nacional, como es la prevalencia de la sífilis materna y congénita, hasta la ejecución del Programa Nacional de eliminación.

Por su parte, cubrir el tramo que existe entre la prevención y el control resulta clave para la continuidad y la planificación en la gestión de la administración de políticas de salud. La tendencia general marca una estrategia de gobernabilidad completa del proceso. Bolivia es un país

referencia en sus intervenciones sobre el manejo de la sífilis materna y congénita.

Las lecciones aprendidas de MotherCare en el proceso detectan un cuadro epidemiológico grave. A partir de esta situación se inaugura un diálogo con los responsables de tomar decisiones en diferentes instancias generando una disponibilidad conjunta de atacar el riesgo con un programa nacional.

La necesidad del modelo de MotherCare

La interrelación de los dos ciclos del proyecto MotherCare, la integración de sus componentes y la organización de un modelo holístico resultante de un proceso acumulativo de intervenciones y formación de agendas políticas marcan un rumbo transparente, positivo y eficiente en el camino de la supervivencia materna y perinatal.





El modelo MotherCare se consolida en las áreas de impacto y se define claramente su rol en la formación de agendas de política pública. La aplicación de sus componentes a través de distintas intervenciones se ligan a los factores de movilidad del mercado de la salud logrando variaciones.

La gran lección del proceso es que se puede realizar una economía de escala de la salud y una efectiva formación de agendas de políticas públicas.

Los resultados de este proceso son elocuentes. En el orden comunitario se ha implantado el modelo para la formación de una economía de escala en las áreas de impacto. En el orden institucional se ha implantado el modelo para la formación de agendas de política pública.

De las intervenciones de MotherCare a un mercado de escala

Las intervenciones de MotherCare en Bolivia permiten localizar y manejar mejor los riesgos actuando de acuerdo con una relación de causa y efecto.

El mercado nacional de atención en salud sigue siendo imperfecto, pues no logra establecer un equilibrio a partir de la simple interacción de las fuerzas de mercado. Para imitar un mercado de competencia perfecta y satisfacer el conjunto de las necesidades en salud que tiene la sociedad se requiere de la intervención del Estado.

Nuestra experiencia muestra que el ajuste comparativo entre los resultados del proceso en las áreas de impacto versus la situación en el área de control permite establecer relaciones análogas entre nuestro modelo y el mercado de la salud a nivel nacional.

La situación del mercado es oligopólica, con una ineficiencia económica dada por las rigideces de la oferta y una ineficiencia social por la acumulación de necesidades de la demanda.

Estos desequilibrios del mercado han ocasionado que las intervenciones en salud tengan que ver con la necesidad de realizar un ajuste de acuerdo con las estructuras donde se desarrolla el sistema de la salud. Por un lado, en las relaciones del sistema de salud con el Estado es preciso enfrentar una situación nacional de penetración de la pobreza extrema, crítica y moderada; por el otro, en las relaciones del sistema con el mercado, es necesario resolver los puntos de ineficiencia e inequidad.

De la inequidad a la sustentabilidad

La situación de inequidad del mercado de la salud tiene una línea de solución fundamental en las oportunidades de reproducción y universalización del modelo de MotherCare.

El tramo final del *camino de la supervivencia materna y perinatal* tiene tres acciones de sustentabilidad. Una *social*, que viene del ejercicio del derecho a la salud por parte de la población, lo que implica el pleno ejercicio de deberes y derechos en el mercado y el Estado; otra *técnica*, que viene de la universalización de las prestaciones para la población con niveles de calidad y calidez similares; y, finalmente, particularmente en Bolivia, y una de carácter *sociocultural*, que ofrece gran potencialidad para dar solidez, continuidad y riqueza a los procesos de desarrollo humano.

La lección aprendida es que se puede pasar de una situación de inequidad a otra de respuestas sustentables mediante una adecuada combinación de acciones sociales, técnicas y culturales.





Finalmente apuntamos lo siguiente: la experiencia nos muestra que el mercado adolece de profundas ineficiencias administrativas que pueden convertirse en el talón de Aquiles de la salud pública en Bolivia.

Durante nuestro trabajo hemos encontrado permanentemente deficiencias administrativas en el sector que debilitan los efectos y la duración de las intervenciones. El riesgo político, económico y social es muy grande, ya que compromete a todos los niveles del proceso.

Si en un momento hacíamos referencia a tasas e indicadores, hoy debemos hablar de reforma en el sistema de salud. Y así como ayer luchamos contra la sífilis, ahora tenemos que luchar contra la inestabilidad del sistema. Necesitamos de acciones decisivas en materia legal, administrativa y técnica, apoyadas por una gerencia social que alimente, dinamice y sustente los proyectos institucionales de salud. Esta es la única vía para hacer real el proceso de cambio.

Las políticas de salud son un instrumento eficaz de transformación. El mundo y la sociedad así lo piden. Es hora, pues, de aplicar las reformas. Hay nuevas condiciones que lo permiten.

Las lecciones aprendidas para avanzar hacia un futuro con calidad de salud y esperanza de vida son:

- La reforma del sistema de salud.*
- El seguro universal de salud.*
- La comunidad organizada ejerciendo sus derechos de salud.*
- La calidad y la calidez de los establecimientos de salud.*
- El financiamiento solidario en salud.*

Bibliografía de materiales producidos y publicados por MotherCare-Bolivia

- Kaune, V. et al. (1995)
Validación de términos obstétricos y perinatales (mimeo)
- Castrillo, M.; Seoane, L. G. et al. (1995)
Análisis de situación
- Secretaría Nacional de Salud; MotherCare (1996)
Norma Boliviana de Salud NB-SNS-02-96: Protocolo para la atención de la mujer y el recién nacido
- Escuela técnica de Salud; MotherCare (1996)
Hacia una atención integral y humanizada de la mujer
- Seoane, L. G.; Kaune, V.; Córdova, J. (1996)
Diagnóstico: Barreras y viabilizadores en la atención de complicaciones obstétricas y neonatales
- Despacho de la Primera Dama; MotherCare (1996)
6ª Conferencia de Esposas de Jefes de Estado y de Gobierno de las Américas (Memoria)
- MotherCare-Bolivia; PROCOSI; Universidad de Texas (1996)
Guía de indicadores en salud reproductiva
- Koblinsky, M. A. (1996)
Para salvar la vida
- Metcalfe, G. (1996)
Necesidades formativas del personal de salud

- MotherCare–Bolivia; Vicepresidencia de la República (1996)
Encuentro multiétnico de mujeres bolivianas (almanaque)
- MotherCare-Bolivia (1997)
Estudio de seroprevalencia y factores de riesgo de sífilis materna y congénita en Bolivia
- Arraya, J. C. et al. (1997)
Estudio sobre sistema de distribución de suministros (sulfato ferroso)
- Eguiluz, R.; Cortinois, A. et al. (1997)
Monitoreo de los indicadores de clave del proyecto MotherCare-Bolivia y control de calidad de la información (no publicado)
- MotherCare-Bolivia (1997)
Reunión regional sobre “diseños de programas”, control de anemia por deficiencia del Hierro en Latinoamérica, Bolivia
- MotherCare-Bolivia; Hipnosis (1997)
Material educativo:
—*Tríptico de la estrategia de IEC/O*
—*Comunicación interpersonal (afiche)*
—*Derechos de la mujer (afiche)*
—*Flujograma logístico (afiche)*
—*Señalización control prenatal (afiche)*
—*Lista de preguntas (volante)*
—*Complicaciones obstétricas y neonatales (rotafolio)*
—*Plan de acceso*
—*Invitación a la mujer embarazada al servicio de salud (volante)*
—*Derechos de la mujer embarazada (volante)*
- Campaña radial:
—*“Diario de un destino” (radionovela en castellano, quechua y aimara)*
—*20 cuñas dirigidas a esposos*
—*Canción*
—*4 cuñas publicitarias*
—*Resumen de la radionovela*
—*Manual de discusión*
- Eguiluz, R.; Stanton, C.; Seoane, L. G.; Conroy, C. et al. (1998)
Estudio de línea de base en salud materna y perinatal
- Capra, J., Seoane, L. G. et al. (1998)
Estudio de costos del paquete materno–neonatal en salud

- McDermott, J.; Finot, F.; Ugalde, M. A. et al. (1998)
Evaluación de desempeño del personal capacitado
- MotherCare-Bolivia; OMNI (1998)
Programa Nacional de Control de las Anemias Nutricionales - Calendario de control (sulfato ferroso) - Recordatorio de consumo de tabletas de sulfato ferroso (afiche). Manual básico para promotores (as) de salud – Láminas de consejería
- MotherCare-Bolivia; Ministerio de Salud y Previsión Social (1998)
Sub-Programa Nacional de Eliminación de la Sífilis Materna y Congénita
- MotherCare-Bolivia (1998)
Prevención y control de la sífilis materna y congénita - Manual de capacitación para proveedores de servicios de salud en programas de atención a la mujer y el niño - Módulos de capacitación.
- MotherCare-Bolivia (1998)
Prevención y control de la sífilis materna y congénita - Manual de capacitación para proveedores de servicios de salud en programas de atención a la mujer y niño - Guía del capacitador.
- MotherCare-Network Consultans (1998)
Currículum de capacitación para la atención de la mujer y el recién nacido
- MotherCare-Bolivia; UMSA; UMSS (1998)
Manejo de complicaciones obstétricas y perinatales - Currículo de capacitación - Guía del participante, Tomo I
- MotherCare-Bolivia; UMSA; UMSS (1998)
Manejo de complicaciones obstétricas y perinatales - Currículo de capacitación - Guía del participante, Tomo II
- MotherCare; PSF (1998)
Cuaderno de consulta externa para puestos de salud
Cuaderno de control prenatal y puerperio
Cuaderno para el control de la mujer no gestante y la planificación familiar
Cuaderno de hospitalización
Cuaderno de emergencias
Cuaderno de parto y recién nacido
- MotherCare-Washington (1998)
Guía de investigación formativa sobre maternidad segura en la comunidad

- MotherCare (1998)
Manual de técnicas y procedimientos obstétricos y perinatales
- Seoane, L. G.; Castrillo, M.; O'Rourke, K. (1998)
Validation Study
- Ugalde, M. A.; Metcalfe G.; Paredes C. et al. (1998)
Manual de procedimientos obstétricos y neonatales
- MotherCare (1999)
Boletín municipal trimestral «Cuidado materno municipal» N° I
- MotherCare (1999)
Boletín municipal trimestral «Cuidado materno municipal» N° II
- MotherCare-Bolivia; Network Consultants (2000)
Manual de estudio de casos. Manejo de complicaciones obstétricas y perinatales
- Nacbar, N.; Baune C.; Peretha; MotherCare-Bolivia (2000)
Guía de supervisión, monitoreo y evaluación.
- Ugalde, M. A; et al. (2000)
Manual de acciones y medicamentos esenciales para atención materna y perinatal

Reconocimientos

PRIMERAS DAMAS

SRA. YOLANDA PRADA DE BANZER «1997 -2002»
SRA. XIMENA DE SANCHEZ DE LOZADA»1993 - 1997»

MINISTROS DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL

GUILLERMO CUENTAS
TONCHY MARINCOVICH
OSCAR SANDOVAL
JOAQUÍN MONASTERIOS

MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL

FUNCIONARIOS JERÁRQUICOS

JAIME TELLERÍA
OSCAR LANDIVAR
FREDDY ARMIJO
RAMIRO ZULETA
ROBERTO VARGAS
TITO CHACON
MIRTHA DEL GRANADO
VIRGINIA CAMACHO
ALBERTO DE LA GÁLVEZ MURILLO
ALBERTO SUÁREZ
FERNANDO NUÑEZ
MARÍA LUISA MELGAR
CARMEN PEÑA Y LILLO
MARCO PAZ
RAÚL PRADA
CÉSAR PEREDO
VITO RIVAS
OSCAR ZULETA
RENATO YUCRA

DESPACHO DE LA PRIMERA DAMA

DR. MARIO PRADA
MAGGI DE LA RIVA
CECILIA DE URGEL
CAROLA MUÑOZ
NINA TAMAYO

INSTITUTO NACIONAL DE LABORATORIOS DE LA SALUD

MIGUEL ESTENSSORO
CHRISTIAN TRIGOSO
MARISOL ALBARRACÍN
ELIZABETH TORRICO
RENE ANGLES

SERVICIOS DEPARTAMENTALES DE SALUD

LA PAZ

MARÍA ELENA ZABALA
UBERLINDA VARGAS
CRISTINA QUISPE
VÍCTOR CONDE
CARMEN CORNEJO
CARLOS PÉREZ

EL ALTO

ADALID ZAMORA
JULIETA TORRICO
YURI PÉREZ
HÉCTOR PÉREZ

COCHABAMBA

JAVIER SALINAS
ANTONIO ESPADA
MARIZABEL RAMOS
WILMA CANELAS
JUAN CARLOS MOLINA
EDGAR ARDUZ
JOHNNY BACARREZA
CONSUELO GRIGORIU
MIRIAM VARGAS
VIRGINIA GUTIÉRREZ
JIMMY MONTAÑO
CARLOS IRIARTE
CARLOS NAVA

ESDENKA CESPEDES
RICARDO CESPEDES
MARCIA ARANDIA DE RAMOS

DISTRITOS DE SALUD

JHONY NAVA
HERNAN GRANDILLER
ALBERTO SIARARA
JAZMIN HERRERA
REYNALDO AGUILAR

DISTRITOS DE LA PAZ Y COCHABAMBA

DEBORA TICONA
MAGALY VEGA
PATRICIA MANSILLA
SONIA CORTÉZ
LEONOR CENTELLAS
ISABEL TAWICHIRI
MARÍA ELENA MAMANI
SUSANA ARCE
ISABEL TICONA
JOSEFA CORTÉZ
TERESA ORELLANA
POLICARPIO MAMANI
MARÍA ROJAS
DELINA MONTOYA
MARINA LIQUITAYA
SONIA ARISPE
AIDA ARNEZ
NILDA ZURITA

HOSPITALES

HOSPITAL DE LA MUJER

ABEL RUIZ
FERNANDO ALVAREZ
GUSTAVO MENDOZA
MANUEL DÍAZ
NANCY VILLENA
ROSEMARY PEÑARANDA
GLADYS CRESPO
VERÓNICA CARPIO
ASTRID RIVEROS MORÓN

MARITZA IRIGOYEN
RAMIRO PANDO
SEGUNDINO ORTEGA
CARMEN ROSA MELGAREJO
FELICIDAD LA FUENTE
ALICIA CHAMBI
RUBEN ARAOZ

HOSPITAL LA PAZ
CARLOS BARBOZA
ARMANDO CLAROS
FRANZ CONCHARI
VÍCTOR HUGO JIMÉNEZ
FREDDY JALDÍN
ZULEMA FRANCAH
CARLOS KRALJEVICK

HOSPITAL LOS ANDES
GONZALO CÓRDOBA
GONZALO ALIAGA
LUDWING VERA
GUADALUPE GARAY
DANIEL CONDORI HUANCA
MÁXIMA VELARDE JAVIER
SONIA SÁNCHEZ VELASCO
VICTORIA QUISPE FLORES

HOSPITAL GERMÁN URQUIDI
ANTONIO GARCÍA
RUBÉN ARANDIA
ANA MARÍA MOYA
AIDA BALDELOMAR
CLEMENCIA PATSY
TANIA FERRUFINO
VIRGINIA VARGAS
ANTONIO PARDO NOVAK
ALFREDO PÁRRAGA
CLAUDIA ANAYA FERREL
JAIME VARGAS YAPURA
DR. JORGE LAFUENTE
CINTIA ISABEL PEDRAZAS R.
NORBERTO AMILKAR MERCADO
ELIZABETH HINOJOSA GUAMÁN
JULIO CÉSAR ABULARACH VACA

EDUARDO SUÁREZ BARRIENTOS
EUFRONIA ZEGOVIA
VERÓNICA SÁNCHEZ PATZY
OLGA CARTAGENA
ELENA CESPEDES
ALBERTO CORRALES
SILVIA GARCÍA
JAIME GONZALES
ERWIN HOCHSTATTER
ANGEL MAIDA
NANCY RIVERA
ROSALIA SEJAS
RENÉ TERÁN
CARMEN GÓMEZ
RAMIRO ROSAS
FLOIDA MONTAÑO
RUBENMUÑOZ

HOSPITAL DISTRITO QUILLACOLLO

DENBY IRIARTE
ROLANDO IRIARTE
YOLANDA BALDERRAMA
JULIO MÉNDEZ
ISABEL CHAÍN
JUAN PEÑALOZA
PABLO SALVATIERRA
SUSANA ARCE
JULIETA HEREDIA
SADIA ORTÍZ
MARTHA GÓMEZ
DELY VEDIA
XIMENA JAUREGUI
ALFREDO BOHORQUEZ
ELIZABETH DIAZ
BETSY ALVARO

HOSPITAL MÉXICO SACABA

JUAN SAAVEDRA
BLANCA ROXANA TORRICO
ANGEL AVILA
JUDITH COPA
DURBY GALVEZ
FREDDY TERÁN
NELLY ECHALAR

EMILIO AGUILAR
ROSA RODRIGUEZ
ZELMA IRIARTE

HOSPITAL SALOMÓN KLEIN – QUINTANILLA

GUALBERTO LARA
GUIDO BALLESTEROS
VLADIMIR ROJAS
PATRICIA ALCOCER
ISABEL AVILA
BERTHA BUSTAMANTE
SONIA ARISPE
AIDA ARNEZ
NILDA ZURITA

HOSPITAL DISTRITO CAPINOTA

VICTOR HUGO ZARATE
SANDRA MIRANDA
PATRICIA LÓPEZ
VICTORIA B. FLORES
SONIA MOYA DÍAZ
JULIO ZANABRIA
MARISOL URIONA
NIMIA SANDOVAL
ROSA ROCABADO

EQUIPO MOTHERCARE WASHIGTON

MARJORIE KOBLINSKY
COLLEEN CONROY
JEANNE McDERMOTT
PATRICIA DAUNAS
ZAHID HUQUE
WILLIAM BRADY
RAE GALLOWAY
ERIN DUSCH
REYNALDO PAREJA
GEORGE GILSON
SUSANA COLGATE
CONNIE CONNEVER
NAZO KUREZHY
ANJOU PAREKH
BARBARA KWAST
ABUL HASHEM
CARLA CHADLEK

LESLIE ELDER
CINDY STANTON

EQUIPO USAID/WASHINGTON Y EQUIPO USAID/BOLIVIA

MARY ELLEN STANTON
SUSAN BREMS
PAUL EHMER
SIGRID ANDERSON
ISABEL STAOUT
EARL LAWRENCE
DEBORAH CARO
LILIANA AYALDE
JUDITH TIMYAN
CHARLES OLIVER
JORGE VELASCO
ILIANA BACA
ELBA MERCADO
KATHERINE CRAISE
CLAUDIA ALLERS

EXPERTOS INTERNACIONALES Y NACIONALES

WILLIAM C. LEVINE
KAREN SOUTHWICK
SERENE RAJABIUM
SHARON SLATE
JORGE MARISCAL
ENRIQUE GIL
MARTIN FISHBEIN
BEATRICE SELWYN
ANNE WILSON
ROBERT SHARPE
CARLOS UGARTE
RIGOBERTO CENTENO
NANCY NEWTON
CRAIG LISSNER
EVA WEISSMAN
ROBERTO KRISCOVIC
ANA SANTANDER
JACK FIEDLER
TOM MARSHALL
ERICK ROTH
BRIAN JOHNSON
FREDDY TINAJEROS
HÉCTOR MEJÍA

RAMIRO CLAURE
KATHERINE O'ROURKE
LAURO OCAMPO
MARCELO CASTRILLO
LYNN JOHNSON
JUDITH HEICHELHEIM
KEVIN O'REALLY
ANTONIO GERBASE
FERNANDO ZACARIAS
GUILLERMO ROJAS
ALFREDO ALIAGA
MARIA LORENCIKOVA
GUILLERMO ROJAS
ALFREDO ALIAGA

UNIVERSIDADES NACIONALES

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS

GUIDO ZAMBRANA
ERIBERTO CUEVAS
CARLOS PAREDES
BUDDY LAZO DE LA VEGA
MIRÍAN ARCE
YOLANDA BEDOYA
MARÍA EUGENIA MENDOZA
LUPE CAMPOS
YOLANDA VASQUEZ
MARÍA DEL CARMEN AÑAGUAYA
GLADYS BALTAZAR
WILMA CORDERO

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON

REMBERTO CALVO
MAX SANCHEZ
RENÉ LAZCANO
SILVIO ILLANES
RUBÉN MUÑOZ

CONSULTORAS

MARKETING - DIAGNOSIS

CAROLA CAPRA
JULIO CÓRDOVA
HUGO ARÉVALO

WILLAMS SALAZAR
REYNALDO ROJAS
MARCELO BUSTAMANTE

HIPNOSIS

JOSÉ LUIS PEÑARANDA
SERGIO CALERO
RAMIRO ALVAREZ
PATRICIA FLORES
PATRICIA CUSICANQUI
ISABEL ITURRALDE
CLEMENTE MAMANI
CLAUDIA ANDRADE
FELISA CANAVIRI
LUIS NIETO
JUAN JOSÉ VASQUEZ
DONATO AYMA
WILSON GISBERT

LABIMED

FAUSTINO TORRICO

C.C.H. - PROSIN

ERICKA SILVA
IGNACIO CABALLERO TAMAYO
OSCAR GONZÁLES
RITA REVOLLO
ANDRES YALE

PROTOCOLOS OBSTETRICOS

OSCAR VISCARRA Z.
CORSINO AGUILAR
RAMIRO PANDO
JOSÉ LARREA

PROTOCOLOS NEONATALES

JOSÉ SEOANE

PASANTES DE UNIVERSIDADES

JOHNNY PAUCARA
BONNIE CALDERÓN
SONIA RIVERA
GABRIELA ONTIVEROS
GROVER VILLARROEL

GRACIELA TAMAYO
PATRICIE WAGONHURST
CANDENCE MULREADY
KIM SLEDER
TABITHA KEENER
JESSICA GOLDMAN

COORDINACIÓN INSTITUCIONAL
MINISTERIO DE SALUD Y PREVISION SOCIAL
DESPACHO DE LA PRIMERA DAMA
VICEPRESIDENICA DE LA REPUBLICA

USAID

JSI

PATH

ACNM

OPS/OMS

UNICEF

AVSC

BASIC's

CARE

CCH

PROSIN

CIES

CISTAC

COMISIÓN IEC/C DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
COMITÉ TÉCNICO NACIONAL POR UNA MATERNIDAD SEGURA

ESCUELA TÉCNICA DE SALUD

FAMILY HEALTH INTERNATIONAL

FAMILY CARE INTERNATIONAL

GTZ

IPPAS

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY

MOTHERCARE – WASHINGTON

OFICINA DE REFORMAS A LA SALUD

PATHFINDER

PROCOSI

SACOA

SAVE THE CHILDREN

SERVIR

SUBSECRETARIA DE ASUNTOS DE GENERO

UNIVERSIDAD GEORGETOWN

RADIO EMISORAS

RADIO SAN GABRIEL
RADIO CARLOS PALENQUE
RADIO FM COLOR 101
RADIO SAN RAFAEL
RADIO COSMOS
RADIO CAPINOTA

EQUIPO DE TRABAJO

MOTHERCARE-BOLIVIA

GUILLERMO SEOANE (DIRECTOR)

VERÓNICA KAUNE

RAMIRO EGUILUZ

MIGUEL ANGEL UGALDE

STANLEY BLANCO

JUAN CARLOS ARRAYA

KATHERINA CAPRA

GLORIA METCALFE

LILIANA MEDINACELI

FERMANDO FINOT

ANDREA CORTINOIS

MAURICIO HANDAL

ANA ROSA LÓPEZ

ANA MARÍA SORIA GALVARRO

PERSONAL ADMINISTRATIVO

BLANCA GUMUCIO

LILIANA BENGURIA

SILVIA GARVIZÚ

LUIS BENGURIA

OSCAR ZUAZO

ESTEBAN ORIHUELA

ROBERTO ANCALLE

MotherCare Washington



Mary Ellen Stanton, Marjorie Koblinsky, Leslie Elder y Erin Dusch

MotherCare Bolivia



Parados: Stanley Blanco, Liliana Benguria, Jeanne McDermott, Mauricio Handal, Katherina Capra, Silvia Garvizú. Sentados: Verónica Kaune, Guillermo Seoane, Colleen Conroy, Juan Carlos Arraya, Luis Benguria, Ramiro Eguiluz, Liliana Medinacelli. Ausente: Miguel Angel Ugalde.