



MotherCare™ *Matters*

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

La ampliación del Proyecto MotherCare

Introducción

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

¿En qué consiste una ampliación acertada?

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

Una ampliación acertada se define como el *aumento del impacto* de una intervención, al mismo tiempo que se mantiene la calidad.^{2,3} Los sociólogos ofrecen varias formas de

ampliación de las actividades de los proyectos y citan muchos factores que pueden afectar al progreso de esas iniciativas. En realidad, cuando se examinan los proyectos que han tenido más impacto, no hay una sola fórmula para el éxito. Las clases de ampliación explicadas por Peter Uvin y David Miller, autores de *Paths to Scaling-up: Alternative Strategies for Local Nongovernmental Organizations*, comprenden la mayoría de los métodos de ampliación previamente definidos por otros sociólogos, pero no hay un consenso sobre una definición.⁴

¿En qué consiste una ampliación?

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

Hillary Rodham Clinton Visita MotherCare/ Guatemala

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



Foto por Otto Guzmán

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

En el presente número encontrarán los lectores ejemplos del progreso alcanzado por MotherCare

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

en la ampliación de sus actividades en Bolivia y Guatemala en los últimos diez años. También se destacan dos importantes acontecimientos ocurridos en esos países. En la página 19 se presenta el discurso pronunciado por la Primera Dama de los Estados Unidos, Hillary Rodham Clinton, sobre la importancia de las actividades de maternidad sin riesgo,

durante su visita a MotherCare/Guatemala en noviembre de 1998. A continuación de ese discurso se incluyen las observaciones de la Dra. Elizabeth de Bocaletti, Directora del Proyecto MotherCare en Guatemala. En el **recuadro 1** en la página 10 se incluye un artículo relativo a la ceremonia de introducción del currículo de MotherCare sobre el *Manejo de Complicaciones Obstétricas y Perinatales* en las facultades de medicina de San Simón y San Andrés en Bolivia.

Suzanne M. Jessop
Asistente de Programas, MotherCare

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

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

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

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

Primera Sección

MotherCare/Guatemala

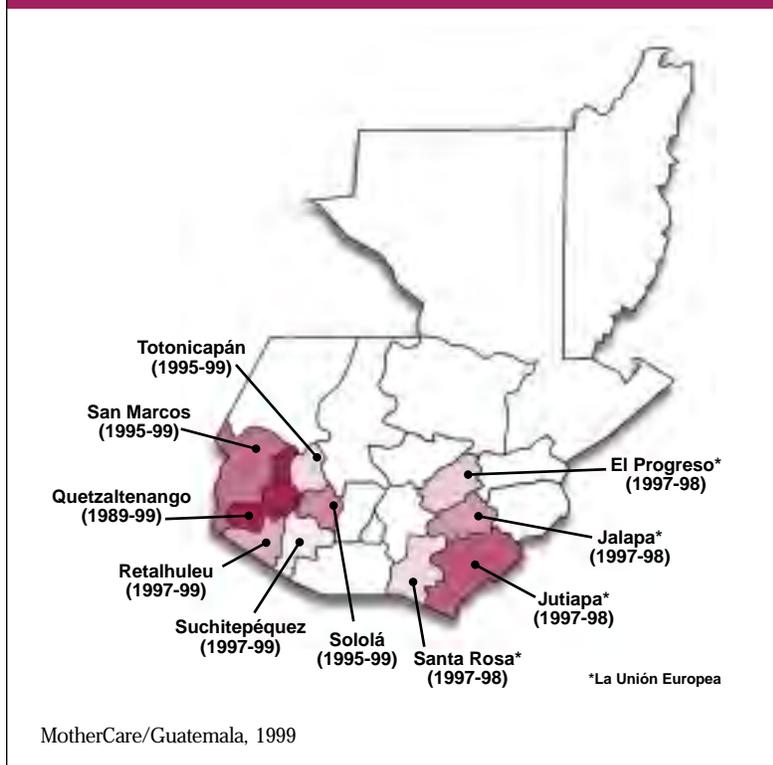
Progreso alcanzado en Guatemala en el decenio

Durante sus primeros cinco años (1989-1994), MotherCare/Guatemala realizó varias actividades en la zona piloto de Quetzaltenango (que tiene una población aproximada de 600.000 habitantes). Las investigaciones formativas iniciales revelaron que las mujeres no solían ir al hospital cuando surgían complicaciones del embarazo o del parto y que las comadronas* no remitían a sus pacientes a los hospitales por el mal trato que recibían allí (tanto las mujeres embarazadas como las comadronas). Varios estudios suplementarios mostraron que muchas mujeres llegaban a los hospitales en estado crítico por causa de la demora del envío. En respuesta a esas investigaciones, MotherCare/Guatemala puso

en práctica un método de varios niveles, con actividades planeadas en las comunidades, los dispensarios de salud locales y los hospitales regionales y departamentales. Todas esas actividades se ampliaron después de 1994 a medida que el programa MotherCare se desplazó a varias otras regiones.

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

Expansión Regional de MotherCare/Guatemala

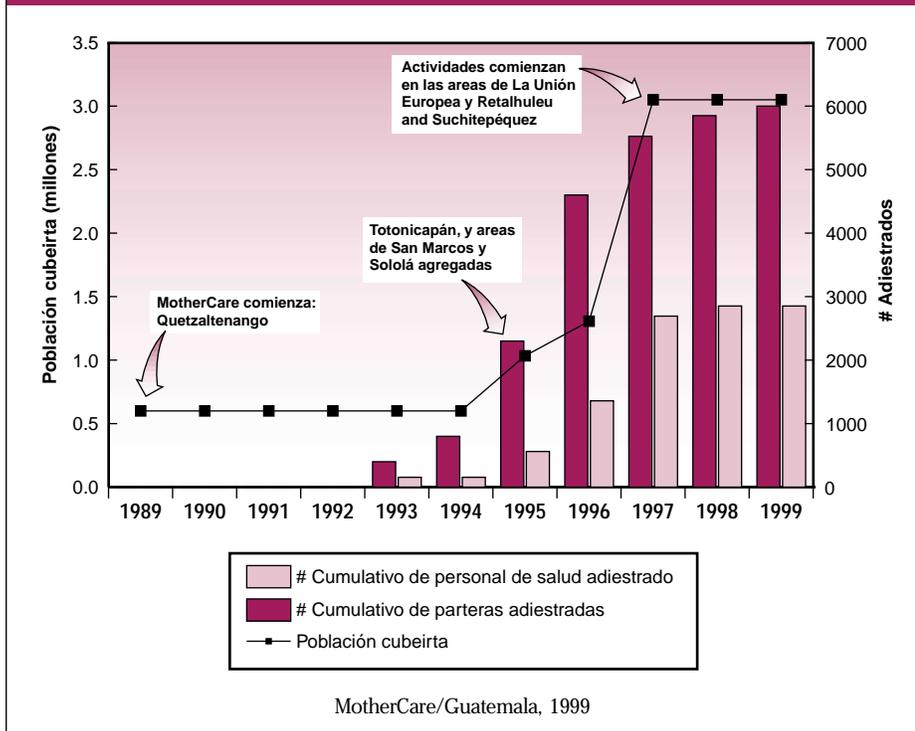


Mejora de la calidad de la atención por medio de capacitación comunitaria

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

*Comadronas son parteras tradicionales

Gráfico A—MotherCare/Guatemala Ampliación Cuantitativa



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

Ampliación de la participación comunitaria y del acceso a la atención

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

Como resultado de la capacitación, se movilizaron varios de estos grupos en áreas remotas para establecer sus propias maternidades comunitarias con el fin de duplicar el ejemplo acertado de la primera fase del proyecto MotherCare en el municipio de San Carlos Sija. En este y otros tres municipios, las comadronas y los residentes en obstetricia y ginecología de la localidad prestan servicios ambulatorios de atención prenatal, puerperal, ginecológica y de planificación familiar e identifican a los casos complicados y de alto riesgo para remisión al hospital en el vehículo de la maternidad o por medio de un sistema de transporte establecido. Los estudios han mostrado que los costos de la atención obstétrica para la clientela y el Estado son menores en los servicios de maternidad comunitarios que en el hospital, que dichos servicios son más accesibles y culturalmente aceptables (porque se emplean los servicios de la partera preferida) y que ofrecen un método de atención centrada en la familia. Este componente recibió apoyo de una extensa campaña de información, educación y comunicación (IEC), con anuncios por la radio y material impreso en que se fomentaba el uso de los servicios de maternidades comunitarias y se enseñaba a reconocer las complicaciones.

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

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

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

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

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

Resultados

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

La ampliación *funcional* es aparente en lo siguiente:

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

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

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

Cuadro A—Iniciativas del Proyecto MotherCare/Guatemala

Fase I del proyecto piloto MotherCare en Quetzaltenango (1989-1990)1990

Año	Participación de la comunidad/ aumento de la demanda	Calidad de la atención/instalaciones	Participación del Estado
1990	Se realiza investigación formativa sobre la opinión de las mujeres con respecto a la atención del parto en el hospital MotherCare apoya la apertura de la primera maternidad en San Carlos Sija, Quetzaltenango		
1991	Preparación de manuales para capacitadores de comadronas y para comadronas en adiestramiento	Preparación de protocolos para los hospitales y puestos/centros de salud sobre el tratamiento de las complicaciones maternas y neonatales Orientación del personal sobre el contenido y uso de los protocolos (1991-94)	MotherCare/Guatemala participa en reuniones de división y de nivel nacional (1991-94)
1992	Capacitación de 20 capacitadores y 400 comadronas en la detección, el tratamiento y la remisión oportuna de casos complicados Se invita a las comadronas al hospital a ayudar en el parto de la cliente remitida por ellas	El personal del hospital toma conciencia de la importancia de las comadronas (1991-94)	
1993			
1994	La mejora de la actitud del personal de salud y la reducción del tiempo de espera en el hospital aumentan a 200% la proporción de casos remitidos por las comadronas		

Fase II del proyecto MotherCare en Quetzaltenango, San Marcos, Sololá, Totonicapán, Suchitepéquez y Retalhuleu (1994-1999)

Año	Participación de la comunidad/ aumento de la demanda	Calidad de la atención/instalaciones	Participación del Estado
1994	MotherCare comienza la planificación y evaluación de actividades comunitarias en San Marcos, Sololá y Totonicapán y las continúa en Quetzaltenango (2,5 millones de habitantes)	Se realiza un análisis de la situación de cuatro áreas de salud MotherCare comienza actividades en varios establecimientos de San Marcos, Sololá y Totonicapán y las continúa en Quetzaltenango (2,5 millones de habitantes)	Celebración de reuniones de análisis del protocolo con el personal del Ministerio de Salud y los médicos
1995	Evaluación de las comadronas adiestradas en el proyecto MotherCare Se diseña un plan de IEC para que las mujeres conozcan mejor las señales de peligro Comienza el proceso de establecimiento de otras maternidades comunitaria	Se prepara el currículo de capacitación basado en la competencia para enfermeras y médicos Se crean indicadores y un sistema de vigilancia de la salud materna y perinatal en los hospitales (1995-1999)	MotherCare participa en la Encuesta Nacional de Micronutrientes

Cuadro A—Iniciativas del Proyecto MotherCare/Guatemala *(continuado)*

Fase II del proyecto MotherCare en Quetzaltenango,
San Marcos, Sololá, Totonicapán, Suchitepéquez y Retalhuleu (1994-1999)

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

Segunda Sección

MotherCare/Bolivia

Crecimiento con MotherCare en Bolivia

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

Mayor participación comunitaria para mejorar la salud materna

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

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

Ampliación de los conocimientos y demanda de atención

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

En diciembre de 1998, se adoptó un currículo actualizado de *Manejo de Complicaciones Obstétricas y Perinatales* adoptado por las universidades estatales de San Simón y San Andrés como parte de la formación teórica de los estudiantes de medicina (véase un resumen de la ceremonia y varias fotografías en el recuadro 1). La inclusión de aten-

ción obstétrica y neonatal esencial en el currículo de la facultad de medicina asegura que los médicos recién graduados adquieran conocimientos prácticos apropiados sobre este campo vital desde el comienzo de su carrera, lo que es un gran paso hacia adelante.

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

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

Muchos de los capacitadores seleccionados en un principio estaban afiliados a las facultades de medicina y enfermería de la Universidad Mayor de San Andrés en La Paz y de la Universidad Mayor de San Simón en Cochabamba. Este importante vínculo con la facultad de medicina llevó a negociaciones con el Ministerio de Salud y

MotherCare/Bolivia. Esas negociaciones concluyeron con la firma final de un acuerdo para modificar y poner en práctica el currículo de capacitación de estudiantes de medicina y enfermería en esas universidades. Las clases de atención obstétrica y neonatal esencial y de comunicación interpersonal y consejería se enseñan actualmente el año anterior al período de práctica de los estudiantes.

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

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



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

Medidas de salud materna en la esfera nacional

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

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

Resultados

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

- ◆ trabajar junto con el Ministerio de Salud para elaborar protocolos, que ahora se distribuyen por todo el país;
- ◆ poner en práctica la metodología del proyecto *Warmi* en todo el país por medio de ONG y las dependencias locales del Ministerio de Salud;

- ◆ apoyar el currículo de las facultades de medicina basado en la competencia sobre el tratamiento de los casos obstétricos y neonatales; y
- ◆ ejecutar el plan nacional para la eliminación de la sífilis materna y congénita y promover una política nacional para incorporar el examen de sífilis materna a los servicios de atención prenatal.

El Ministerio también ha estudiado un nuevo proyecto piloto MotherCare para posible adopción a escala nacional. En las áreas atendidas por MotherCare, el proyecto capacita al personal de los establecimientos de salud en el uso y análisis de registros médicos uniformes para adopción de decisiones bien fundadas. En lo referente al aspecto **cuantitativo**, MotherCare/Bolivia ha aumentado el número de trabajadores de salud (médicos, enfermeras y auxiliares enfermería) capacitados en un método de trabajo en equipo o en atención obstétrica y neonatal y comunicación interpersonal y consejería. La metodología del proyecto *Warmi*

se amplió de una a 513 comunidades donde se enseña a grupos de mujeres a identificar y resolver sus problemas de salud. Por último, la estrategia de comunicación también amplió mucho el número de integrantes del público. Las iniciativas de MotherCare/Bolivia se han ampliado **funcionalmente** para incluir actividades importantes en otros campos, como programas comunitarios para la reducción de la incidencia de

anemia materna y la determinación del costo de los servicios de atención obstétrica y neonatal (véase el recuadro 2.)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MotherCare/Bolivia, 1998

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

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

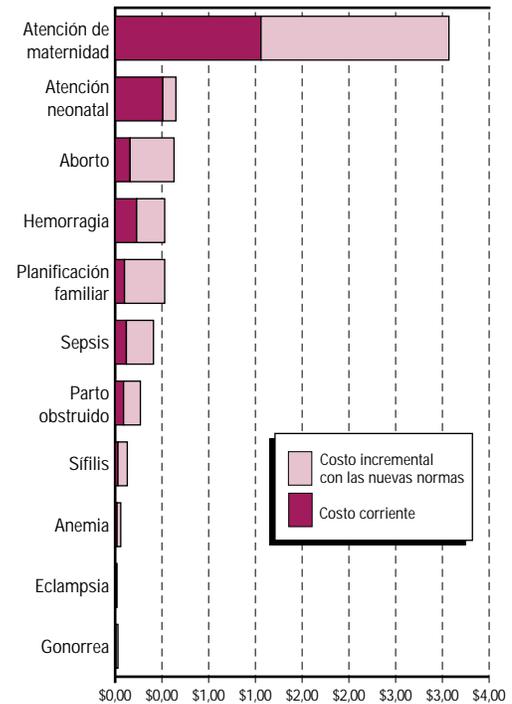
Recuadro 2—Estudio de costos del módulo para la madre y el lactante en Bolivia (continuado)

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

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

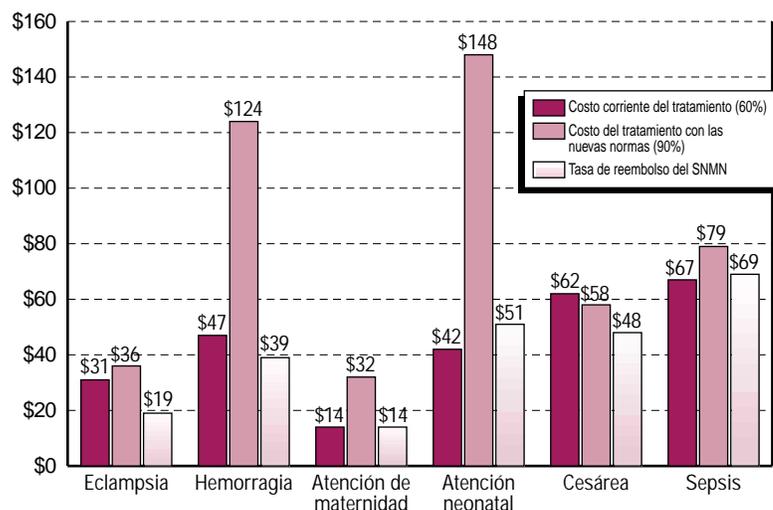
En este estudio se destaca la necesidad que tienen los gobiernos locales y nacionales de tener información precisa sobre costos al poner en práctica nuevas reformas del sistema de salud. El *Módulo para la madre y el lactante* se puede emplear para estimar mejor los costos fijos y variables de cada establecimiento,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

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



MotherCare/Bolivia, 1998

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



MotherCare/Bolivia, 1998

MotherCare/Bolivia 1989-1999



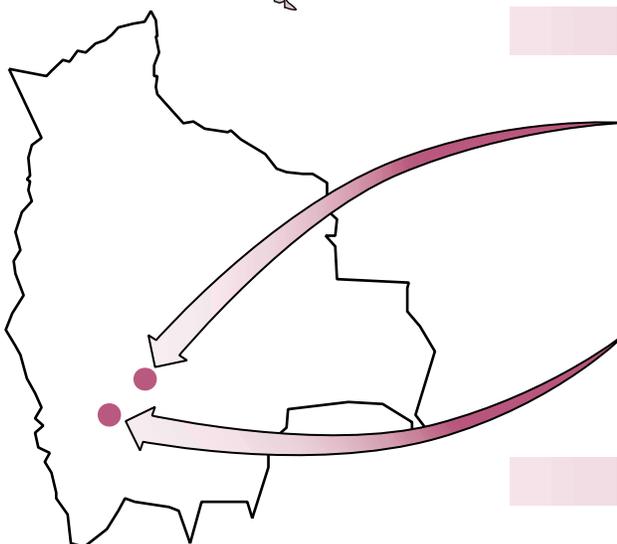
Población Total Cubierta, 1993 ■■■▶ 136,000

Población Total Cubierta, 1999

◆ Programas de calidad de atención, acceso y demanda ■■■▶ 656,000

◆ Programas nacionales ■■■▶ 7.7 million

1989-1994



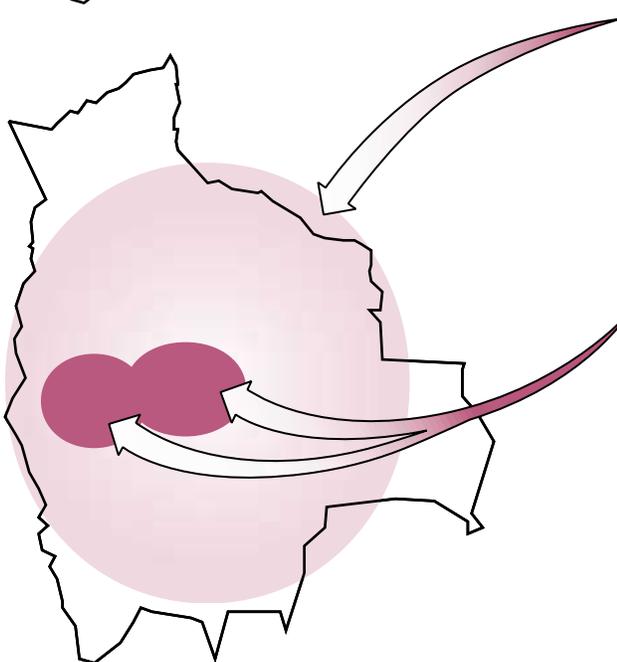
Proyecto Piloto en Cochabamba

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

Proyecto Piloto Warmi en Inquisivi

- ◆ 50 grupos locales de casi 1000 mujeres

1994-1999



Programas Nacionales

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

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

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

* Información, Educación, Comunicación y Consejería

** Atención Obstétrica Esencial

*** Comunicación Interpersonal y Consejería

Cuadro B—Iniciativas del Proyecto MotherCare/Bolivia

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

Cuadro B continuado en la página siguiente

Cuadro B—Iniciativas del Proyecto MotherCare/Bolivia *(continuado)*

Fase II del proyecto MotherCare en La Paz, Cochabamba y a nivel nacional (1994-99)

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

Tercera Sección

La Experiencia de Ampliación

Lecciones aprendidas de la ampliación

Lecciones particulares de cada país

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

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

Las actividades de ampliación realizadas en **Bolivia** recibieron una profunda influencia favorable de los factores *políticos*. Las actividades de MotherCare coincidieron casualmente con la búsqueda de participación popular emprendida por el gobierno nacional y la descentralización de la autoridad al nivel municipal. Por ende, el gobierno se mostró receptivo y hasta buscó asistencia para mejorar las

nuevas políticas. MotherCare/Bolivia también fomentó el apoyo del gobierno con la activa participación de las autoridades decisorias principales desde la etapa de análisis inicial hasta las frecuentes reuniones de evaluación. Esas personas incluyeron a la Primera Dama de Bolivia, al Ministro de Salud, a los directores de los departamentos de salud nacionales distritales y a los gobernadores de los municipios. Su apoyo permitió adoptar los protocolos de la estrategia de información, educación y comunicación y otros y la metodología del programa de control de la sífilis y del proyecto *Warmi* en la esfera nacional.

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

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

Lecciones generales

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

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

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

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

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

Cuarta Sección

La Primera Dama Visita MotherCare/Guatemala

Discurso de Hillary Rodham Clinton

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

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

Es muy importante recalcar que la mortalidad materna ha sido y sigue siendo un problema muy grave en Guatemala, según afirma la Dra. de Bocaletti.** Debo felicitarlos por hacer de la maternidad sin riesgo un importante punto de enfoque de las propuestas y los programas de atención de salud aquí realizados. El hecho de que los acuerdos de paz de Guatemala fijen la meta de reducción de las tasas de mortalidad materno-infantil en un 50 por ciento en los próximos cinco años es verdadero testimonio de la forma en que entienden ese problema los dirigentes que han concebido los acuerdos de paz. Como ya he dicho en



Foto por Barbara Kinney

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

varias ocasiones durante mi visita, una cosa es terminar el conflicto armado y persuadir a los combatientes de que depongan sus armas y otra totalmente distinta es hacer que la paz sea significativa para la vida de la población. Para una familia, la pérdida de un miembro en combate o de una madre en un parto peligroso es la misma clase de pérdida. El hecho de que, en los acuerdos de paz, ustedes hayan reconocido la necesidad de hacer algo para disminuir la mortalidad materno-infantil es fiel testimonio de la sabiduría de los dirigentes y del pueblo de Guatemala. Han progresado en los últimos 20 años al reducir la mortalidad un 40 por ciento; sin embargo, Guatemala tiene todavía la mayor tasa de mortalidad infantil de América Central. De manera que éste es un problema apremiante—tan apremiante, según afirmó la Dra. de Bocaletti, como la pérdida de vidas causada por el huracán Mitch.

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

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

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

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

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

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



Foto por Patricia De León Toledo

momento oportuno, a las pacientes que necesiten atención médica.

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

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

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

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

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



Foto por Otto Guzmán

The First Lady and MotherCare-trained TBAs

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

(pronunciado antes del discurso de Hillary Clinton)

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

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

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

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

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

Lista de Materials de MotherCare/Guatemala

Publicaciones

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

Protocolos

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

Manuales de Entrenamiento

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

Monitoreo

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

Materiales para IEC

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

Rotafolios

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

Afiches

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

Programas de Radio

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

Botones

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

Se pueden solicitar materiales a:

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

Listado de Materiales de MotherCare/Bolivia

Publicaciones

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

Manuales de Entrenamiento

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

Monitoreo

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

- ◆ Cuaderno de emergencias
- ◆ Cuaderno de parto y recién nacido

Materiales de Información, Educación y Comunicación

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

Afiches

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

Volantes

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

Campaña radial

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

Se pueden solicitar materiales a:

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

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

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

Marjorie Koblinsky y Suzanne Jessop, Jefes de Redacción Técnica

Carla Chladek, Jefe de Redacción

Carla Chladek y Suzanne Jessop, Coordinadoras de Producción y Distribución

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



John Snow, Inc.
1616 N. Ft. Myer Dr., 11th Floor, Arlington, VA 22209

Tel: 703-528-7474
Fax: 703-528-7480



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



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

