

Sección Dos

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Análisis del Sistema de Repite de Eventos Vitales del Proyecto de Salud Materna y Neonatal en Quetzaltenango, Guatemala

Dra. Patricia Elizabeth Bailey, Dr. José Antonio Szászdi, y Dra. Bárbara Schieber, diciembre de 1994. *MotherCare Technical Working Paper #3.*

Publicación INCAP PCE/054

El Proyecto de Salud Materna y Neonatal de Quetzaltenango capacitó capacitaciones de parteras tradicionales para mejorar su conocimiento técnico y para desarrollar sus habilidades de capacitación. Esta capacitación de más de 400 parteras tradicionales, realizada entre marzo y mayo de 1992 en sesiones de tres días, se concentró en la detección y en el manejo adecuada y oportuna de las complicaciones neonatales y obstétricas. Se puso el énfasis en la detección, manejo y referencia puntual de los casos de complicaciones obstétricas y neonatales que presentaban el riesgo más grande de mortalidad. Las prácticas peligrosas, como el abuso de inyecciones de oxitocina y el uso de bebidas alcohólicas durante el parto, también se desalentó.

Como se mencionó en los resúmenes anteriores, el proyecto también elaboró normas y protocolos para el manejo de las complicaciones maternas y neonatales en el centro de salud y en el hospital. Se capacitó al personal médico y paramédico en el hospital en la aplicación de los protocolos. Se le concedió una elevada prioridad a la normatización de la atención a las complicaciones y con ese objetivo se realizó un esfuerzo para reforzar un sistema de referencias que comprendiera a las parteras tradicionales en la comunidad, al personal en los servicios de salud a nivel de distrito y el personal médico del hospital. Se incluyó en la intervención un esfuerzo para promover buenas relaciones de trabajo entre los diferentes niveles de proveedores de salud y el tratamiento humano tanto de las mujeres como de las parteras tradicionales. Se llevaron a

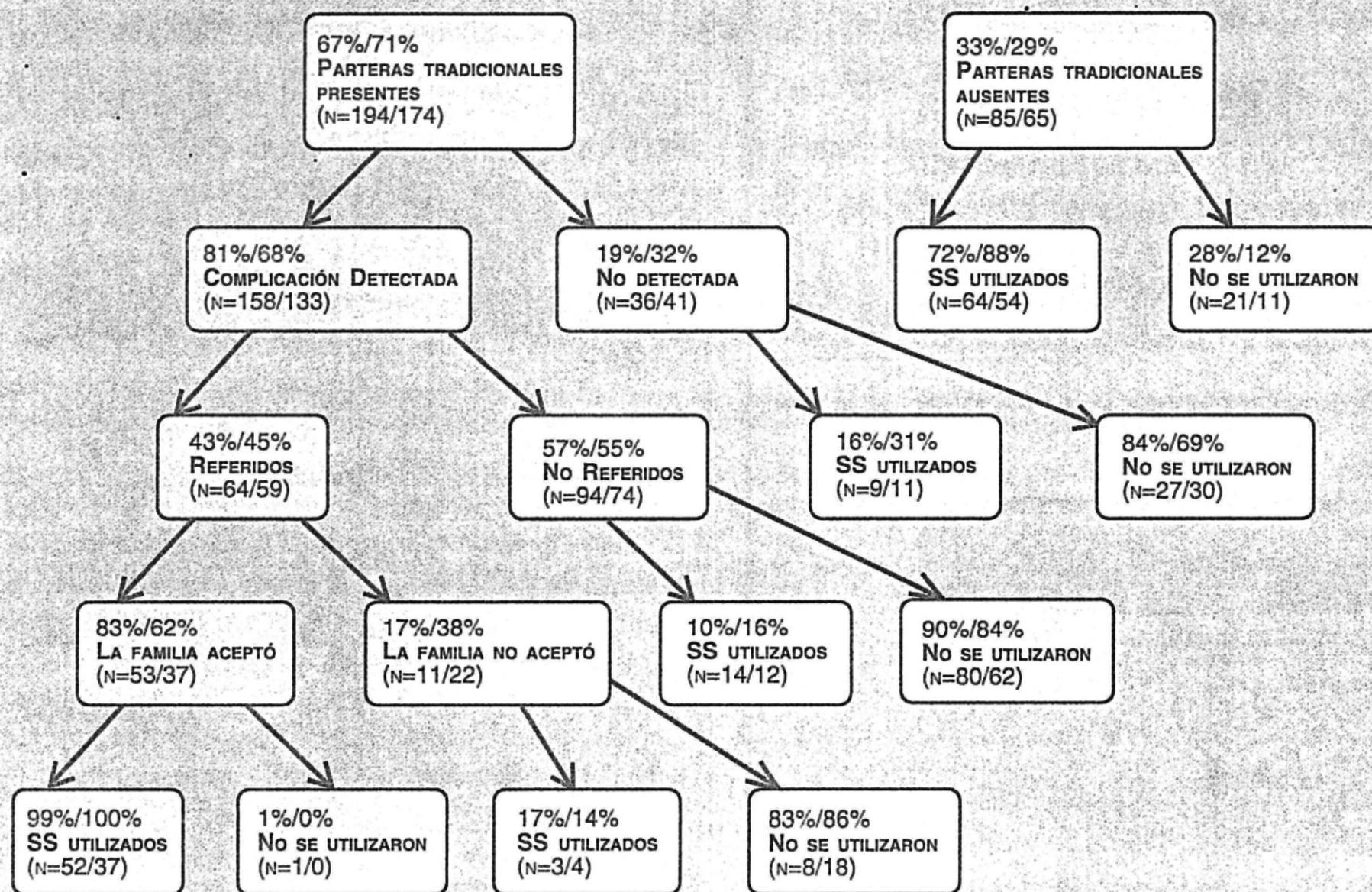
cabo reuniones a todos los niveles para sensibilizar a los proveedores en la necesidad de respetar a las parteras tradicionales y a su importancia en el sistema de referencia. Se colocaron afiches en todos los establecimientos de salud para recordar a los proveedores de que todos los miembros de la comunidad tratan de salvar la vida de las mujeres y de los niños.

Diseño del Estudio

Para evaluar el impacto de la capacitación de las parteras tradicionales, se diseñó el Sistema de Reporte de Eventos Vitales (SREV). El SREV utilizó la estratificación y muestras de conglomerados en ambas áreas de intervención y de control. Se seleccionaron los estratos en base de la distancia del hospital más cercano, el Hospital General de Occidente San Juan de Dios descrito en los dos resúmenes previos de esta oportuna edición, y el tamaño de la población. La zona de intervención



**PATRONES DE REFERENCIA Y USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD (SS)
PARA LAS COMPLICACIONES MATERNAS MÁS SERIAS, ANTES/DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN (N=279/239)**



Nota: El primer porcentaje se refiere a antes de la intervención, el segundo a después de la intervención.

final consistió de las 10 municipalidades del departamento de Quetzaltenango; la zona de control consistía en cinco municipalidades en Quetzaltenango y cuatro del departamento de San Marcos. La población total de las áreas de intervención y control fue 165.000 personas.

Recolección de Datos

La recolección de datos se basó en un censo de todos los nacimientos (n=4031), que incluyó tanto integrantes de parejas de mellizos nacidos en las áreas de control y tratamiento en un período de casi tres años (de julio de 1990 a mayo de 1993). Los médicos entrevistaron a 1791 madres: 836 que informaron sobre complicaciones asociadas con el embarazo, parto, período de postparto o su recién nacido y 955 madres de nacimientos normales (aproximadamente el 35% de todos los nacimientos

normales). Para calcular las tasas de incidencia de complicación, se agregaron otros 2.240 nacimientos normales a la base de datos. Se recogió información en un cuestionario de tres páginas. Se recolectaron datos de madres de la muestra en cada nacimiento ocurrido durante cuatro períodos de tiempo.

Análisis

Este análisis se concentra en las mujeres, específicamente en aquellas con complicaciones y la forma en que se manejaron estas complicaciones. Las preguntas que se formularon comprendieron si estaban presentes las parteras tradicionales en el momento de la complicación, y de ser así, si referó a la mujer, si la referencia se aceptó y si ella utilizó los servicios de salud (Ver la Figura 2 para los resultados de antes y después). Se debe notar que no se registraron diferencias importantes en los resultados

en las áreas de control en términos del manejo de complicaciones. Por consiguiente, el análisis unió las zonas y se concentró en los resultados de antes y después de las intervenciones.

Para estudiar el manejo de las complicaciones, se hizo un seguimiento de los problemas que amenazaron más la vida de las madres, según la información que ellas mismas suministraron de cada fase (embarazo, parto, y la fase de post-parto). Dado que las mujeres pudieron haber informado sobre más de una complicación, se creó una jerarquía para categorizar las complicaciones. Debido a que una mujer pudo haber notado varios problemas durante una fase, se creó una jerarquía «doble» compuesta de problemas antes del nacimiento, intraparto y postparto, en donde, por ejemplo, si una mujer notaba una complicación tanto en el período de parto como en el de postparto, la complicación que más amenazaba la vida y su manejo fue examinado (Ver el orden de importancia de las complicaciones en el Recuadro 1).

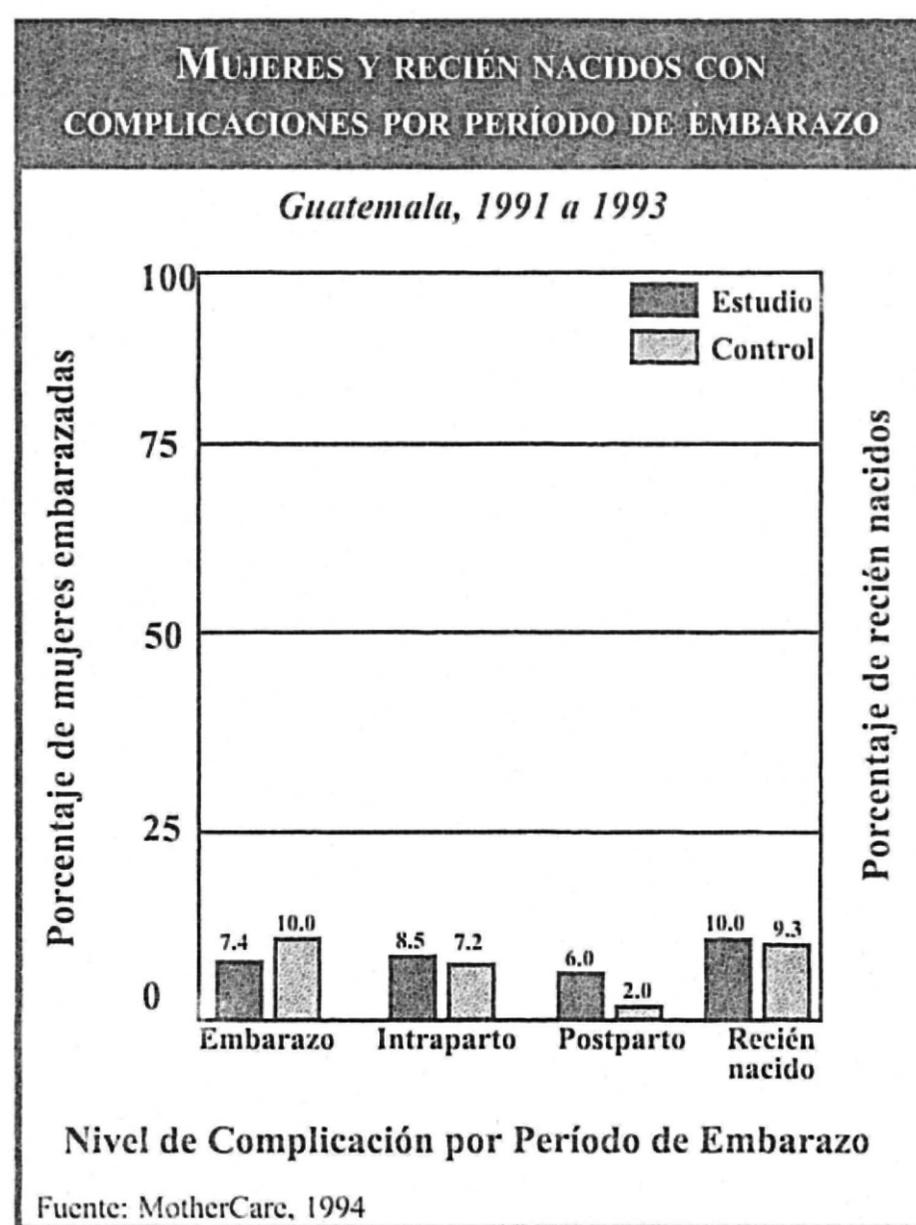
Resultados

Incidencia de las Complicaciones

Se examinó el impacto de la capacitación de las parteras tradicionales de acuerdo con los períodos de tiempo antes y después de la intervención y por zona de control e intervención. Datos sobre la tasa de complicaciones de 3.518 mujeres fue coleccionado e incluyeron 695 mujeres con complicaciones y 2.823 mujeres con embarazos y nacimientos normales de un niño; se excluyeron del análisis mujeres con mellizos (45)^a las mujeres que dieron a luz durante la implementación de la capacitación de las parteras tradicionales. En general, el 20% de las mujeres informaron una o más complicaciones durante el embarazo, el parto o en el período de postparto. De acuerdo con los informes de las madres, casi uno en diez fetos y recién nacidos sufrieron de bajo peso al nacer, premadurez, asfixia, sepsis neonatal, infecciones respiratorias, tétano o ausencia de movimientos fetales.

Alrededor del 9% de las mujeres sufrieron complicaciones durante el embarazo, 8% en el parto y 4% durante el postparto. No hubo diferencia en las tasas de complicación por intervención o grupo de control (Ver Figura 3). Solamente hubo una disminución importante en complicaciones de postparto del 6% al 2% entre el período anterior y el posterior a la intervención.

FIGURA 3



CUADRO 6

TOMA DE DECISIONES DEL USO DE SERVICIOS DE SALUD PARA LAS COMPLICACIONES MATERNAS MÁS SERIAS—QUETZALTENANGO

	Uso de Servicios por las Mujeres con Complicaciones (%) [*]	
	Antes (n= 279)	Después (n=239)
Referidas y cumplidas por las parteras tradicionales	19,2	13,3
Solamente contacto con las parteras tradicionales	12,6	21,6
Las parteras tradicionales no participaron	23,6	25,8
Mujeres que utilizan servicios	49	52

Fuente: MotherCare, 1994

^{*} Basado en números ponderados

JERARQUÍA DE LAS COMPLICACIONES—PROYECTO DE QUETZALTENANGO

I. Complicaciones prenatales. Si una mujer tuvo solamente una condición prenatal, no había dificultades codificando su complicación. Sin embargo, hubieron 29 mujeres con más de una complicación prenatal. Si una mujer, por ejemplo, sufrió de una hemorragia o de un edema, la hemorragia y su manejo tuvo precedencia sobre el edema.

1. hemorragia
2. edema e hipertensión = toxemia preecláptica
3. edema y todo lo demás → edema
4. cesárea anterior
5. contracciones prematuras

La mala presentación nunca tuvo precedencia sobre otra complicación.

II. Complicaciones de intraparto. Se registraron 49 mujeres con más de una complicación de intraparto.

1. presentación transversal (el prolapso del miembro siempre se encontró con la presentación transversal)
2. parto prolongado (siempre se encontró agotamiento materno con el parto prolongado excepto en un caso)
3. hemorragia
4. ruptura prematura de membranas (RPM) (+ parto prematuro)
5. parto prematuro (+ parto podálica)
6. cesárea anterior (+ parto podálica)

El prolapso de miembro, el agotamiento materno, la fiebre, el parto en podálica o las convulsiones nunca registraron precedencia sobre otra complicación.

III. Complicaciones de postparto. Se registraron 25 mujeres con más de una complicación de postparto.

1. convulsiones (nunca estuvieron acompañadas por placenta retenida)
2. placenta retenida
3. hemorragia
4. fiebre
5. sepsis

La endometritis nunca tuvo precedencia sobre otras complicaciones.

IV. Complicaciones con el bebé. Se registraron 72 recién nacidos y fetos con múltiples complicaciones.

1. ausencia de movimientos fetales
2. asfixia
3. infección respiratoria
4. sepsis

El bajo peso al nacer y la prematurez nunca tuvieron precedencia sobre otras complicaciones. El tétano nunca fue codificado con otra complicación.

V. Jerarquía “doble” de complicaciones

maternas. Cuando se observan las complicaciones maternas, una mujer pudo haber tenido un problema antenatal, uno de intraparto y/o uno de postparto. Se registraron 173 mujeres con complicaciones en más de un período de tiempo. Siempre se analizó a los niños en forma separada.

En general, las complicaciones de intraparto tuvieron precedencia sobre las de postparto, que tuvieron precedencia sobre los problemas prenatales.

1. complicación de parto
2. complicación de postparto
3. complicación de preparto

Las excepciones:

- La placenta retenida tuvo precedencia sobre la ruptura prematura de membranas, el parto en podálica y el parto prolongado.
- Las convulsiones de postparto tuvieron precedencia sobre la ruptura prematura de membranas, el parto en podálica y el parto prolongado.
- La hemorragia en el preparto tuvo precedencia sobre la ruptura prematura de membranas y el parto prematuro.
- El parto prolongado tuvo precedencia sobre la placenta retenida.
- La endometritis tuvo precedencia sobre la ruptura prematura de membranas.
- El edema tuvo precedencia sobre el parto prematuro.
- La hemorragia postparto tuvo precedencia sobre la cesárea anterior.

Manejo de las Complicaciones (Ver la Figura 2)

En general, cerca de la mitad de las mujeres con complicaciones (ver Cuadro 6) usaron servicios de salud. Esta proporción no se modificó en el transcurso de la duración del proyecto, incluso con las intervenciones. De aquellas mujeres que utilizaron los servicios, alrededor del 55% experimentaron algunos contactos con las parteras tradicionales, pero disminuyeron aquellas que realmente fueron referidas por las parteras tradicionales (del 19% al 13% de antes a después de la intervención) de todas las mujeres con complicaciones.

Entre las 518 mujeres que informaron una complicación materna seria incluida en el estudio, una tercera parte informó que las parteras tradicionales no estuvieron presentes en el momento en que tuvieron la complicación. Después de la intervención, el 29% manifestó que no estuvieron presentes cuando se experimentó la complicación. Y entre las mujeres que no vieron a las parteras tradicionales en el momento de la complicación, el uso de los servicios de salud aumentó (un 72% contra el 88%).

Entre las mujeres que informaron la presencia de una partera tradicional al momento de la complicación, la detección de complicaciones por parte de las parteras tradicionales disminuyó después de la intervención, de acuerdo con las mujeres (el 81% contra el 68%). Pero si las parteras tradicionales detectaron su complicación, menos de la mitad de estas mujeres fueron referidas; esto no cambió de antes a después de la intervención. De aquellas mujeres referidas por las parteras tradicionales, cuatro de cada cinco cumplieron con la referencia inicialmente, pero esta proporción disminuyó con el tiempo (el 83% contra el 62%).

Las complicaciones intraparto resultaron en muertes más a menudo que las complicaciones durante el embarazo o durante el período de postparto. Por consiguiente, al concentrarse en ese período (n=135 mujeres con complicaciones antes de la intervención y 143 con complicaciones después de la intervención) ¡la norma general se repite! Casi una tercera parte de las mujeres no contaron con la presencia de una partera tradicional. De estas, cuatro de cada cinco utilizaron servicios de salud. Cuando estaba presente una partera tradicional, la detección de la complicación intraparto siguió la norma general — una disminución en la detección de la complicación tal como la informaron las mujeres (el 68% contra el 54%), en la que menos de la mitad de aquellas que fueron detectadas se refirieron (44% contra el 44%).

El cumplimiento de la referencia de las parteras tradicionales disminuyó en forma significativa en el período después de la intervención a menos de la mitad.

Sin embargo, durante el período postparto aumentó la detección de las complicaciones por parte de las parteras tradicionales (el 78% contra el 85%), aumentaron las referencias (el 32% contra el 46%), pero disminuyó el cumplimiento de la referencia (el 95% contra el 54%). Sin embargo, las cifras son bien pequeñas.

La detección de complicaciones de recién nacidos disminuyó después de la intervención (80% contra el 65%) y las referencias disminuyeron (14% contra el 5%). La probabilidad de que una era partera tradicional estuvo presente en el momento de la complicación fetal/recién nacido se duplicó en exceso después de la intervención. En comparación con las mujeres asistidas por una partera tradicional cuando no había una partera tradicional presente ¡fue 40 veces más probable que las mujeres utilizaran los servicios de salud!

Las siguientes son tres preguntas básicas que se formularon para seguir evaluando la atención que recibieron las mujeres con complicaciones:

1. ¿Cuáles las complicaciones sufrieron las mujeres que nunca utilizaron servicios de salud? ¿Fueron diferentes de las que sí recibieron servicios?

	<i>Recibieron servicios</i>	<i>No recibieron servicios</i>
Embarazo	contracciones prematuras	mala presentación
Parto	posición transversal	parto en podálica
Recién nacido	sepsis infección respiratoria	bajo peso al nacer asfíxia

2. ¿Cuáles complicaciones fueron detectados o no detectados normalmente?

	<i>Detectadas</i>	<i>No detectadas</i>
Embarazo	contracciones prematuras	
Parto	parto en podálica	parto prematuro parto prolongado
Postparto	placenta retenida	
Recién nacido	asfíxia	bajo peso al nacer

3. ¿Cuáles complicaciones fueron referidas o no referidas con más frecuencia?

	<i>Referidas</i>	<i>No referidas</i>
Embarazo	hemorragia mala presentación contracciones prematuras	
Parto	parto prolongado	
Recién nacido		asfixia

Discusión

La probabilidad que se atendiera una complicación materna en un establecimiento de atención de salud aumentó abruptamente —6 veces— cuando *no* estaba presente una partera tradicional en comparación con las mujeres con complicaciones atendidas por una partera tradicional. Esto sugiere que o bien algunas mujeres con complicaciones fueron directamente a los servicios de salud y pasaron por alto a las parteras tradicionales, o que las mujeres no tenían acceso a las parteras tradicionales pero sí lo tenían a los servicios de salud. Es más, la probabilidad de que una partera tradicional detectara la complicación disminuyó a la mitad después de la intervención en comparación con antes de la intervención.

Por consiguiente, el período de intervención parece tener un vínculo importante con una disminución en la detección de las complicaciones por parte de las parteras tradicionales y no está relacionado ni con un aumento en las referencias o el uso de servicios de salud por parte de estas mujeres. Sin embargo, cuando no había presente ninguna partera tradicional se registraba un aumento en la utilización del servicio (la proporción de mujeres con complicaciones en el postparto que usaban los servicios casi se duplicó del 58% al 96%) lo cual sugiere que las mujeres y sus familias por propia decisión procuraron asistencia de las instituciones.

Conclusiones

El análisis de los datos comunitarios (SREV) indica una escasa repercusión mensurable de la intervención de capacitación de las parteras

tradicionales en las tasas de complicación y en el manejo de las complicaciones (con la posible excepción de las complicaciones en el postparto). El margen de tiempo bajo análisis —un año después de la intervención— puede haber sido demasiado corto para detectar cambios en el comportamiento. El volumen y el alcance del diseño del estudio y el uso de información retrospectiva por parte de las mujeres de los eventos (hasta seis meses) puede haber permitido que hubieran sesgos o incoherencias de información en la definición de «referencia.»

La falta de diferencia entre las áreas de intervención y de control puede deberse a la capacitación del personal hospitalario que pudo «contaminar» el área de control. La interacción mejorada entre el personal hospitalario, las parteras tradicionales y las mujeres pudo haber estimulado a todas las parteras tradicionales y las mujeres a ganar acceso a los servicios institucionales en una mayor medida desde todos los puntos del área.

Solamente parece haber algún señal de mejoramiento en el área de complicaciones en el postparto. La incidencia de hemorragia postparto, fiebre, y convulsiones registró disminuciones importantes. Dado que las complicaciones fueron informadas por la mujer y se filtraron a través de una entrevista con un médico, no es probable que las disminuciones sean un efecto del refinamiento de las definiciones por parte de las parteras tradicionales. Es más, la detección y la referencia de las complicaciones en el postparto aumentaron entre las mujeres que vieron a una partera tradicional. Los patrones son evidentemente diferentes de aquellos de las complicaciones antenatales, de intraparto y de recién nacido.

Las parteras tradicionales no refieren complicaciones como las malas presentaciones tan a menudo como debieran, aún cuando las detectan. Sin embargo, las barreras a las referencias son complicadas y parecen ir más allá del alcance de la capacitación realizada con las parteras tradicionales. ¿Es esto particular a esta zona en donde viven el 40% de las mujeres a una hora de viaje del hospital, que el uso de los servicios de salud para las complicaciones es relativamente normal desde el punto de vista de las familias, mientras que se espera que las parteras tradicionales atiendan a las mujeres que no tienen partos complicados?

1. ¿Sirven los mejoramientos en la calidad de atención en el establecimiento de referencia para mejorar los resultados del embarazo?

Las mejoras en el hospital de referencia del área de intervención, Hospital General de Occidente San Juan de Dios, comprendieron:

- elaboración de protocolos para el manejo de complicaciones de recién nacidos y obstétricas;
- orientación del personal en relación a estos protocolos en sesiones de capacitación de 40 horas;
- sensibilizar al personal a la cultura de las mujeres, las familias y a las parteras tradicionales en la zona;
- afiches para recordar al personal que las parteras tradicionales y las familias también tratan de salvar las vidas de las mujeres y de los recién nacidos;
- una auditoría retrospectiva de muertos perinatales y neonatales; y
- algunas mejoras en el saneamiento y en las organizaciones de servicio.

Un especialista en neonatología comenzó a dar servicios al hospital en 1990 y ello condujo a mejoras en las salas neonatales y en el manejo de los recién nacidos. Desgraciadamente, al mismo tiempo, los obstetras a menudo estaban sin trabajo en virtud de la falta de pago. No se pudieron asegurar los suministros y el equipo continuos para respaldar las tareas tal como se estableció en los protocolos; por consiguiente, algunos componentes de suma importancia no siempre funcionaron como se había planeado (es de notar específicamente la falta de oxígeno en 1992 y su repercusión sobre la mortalidad en los recién nacidos). Las mejoras en el servicio no comprendieron la capacitación tomando como base la competencia utilizando los protocolos como base de los materiales de capacitación y de currículum; la «capacitación hospitalaria» fue en realidad una orientación para los protocolos realizada de una manera didáctica. Y mientras se planeaba que la auditoría de muertos neonatales y perinatales tendría lugar todos los meses, se llevó a cabo en forma

retrospectiva debido a la falta de tiempo de los médicos del hospital.

La tasa de mortalidad perinatal del hospital disminuyó después de las mejoras en el hospital, y mientras ello ocurrió en la dirección deseada, el cambio no fue importante. Hubieron muy pocos o ningunas muertes maternas durante este mismo período entre las mujeres referidas pero dada la alteración que se registró en el departamento de obstetricia ocasionada por la disminución del aumento de salarios, no se pudo seguir con el manejo de mujeres por medio de una auditoría de muertos o una revisión de registros de los casos complicados contra los protocolos. En lugar de ello, las mejoras en el área de obstetricia están implícitas en los resultados perinatales.

De la auditoría de muertes perinatales, parece que el resultado más grande de las intervenciones fue el de disminuir las muertes de los recién nacidos que sufrían de sepsis y entre los que registraban un peso de ≥ 2500 gramos. La asfixia contribuyó a una mayor proporción en las muertes de los recién nacidos al declinar la sepsis, e incluso la capacitación intensiva en resucitación no alteró la dirección de este problema. Quizás los esfuerzos para convencer a las familias a traer a las mujeres al hospital antes de que el parto pase a ser «prolongado» tendría una repercusión en este problema. De acuerdo con las entrevistas con las mujeres, el parto prolongado no es detectado por las parteras tradicionales aunque la asfixia neonatal sí lo es; desafortunadamente, las mujeres informaron que no fueron referidas ni generalmente hicieron uso de los servicios para atender este problema.

¿Tuvo alguna consecuencia la elaboración y la orientación de los protocolos para el manejo de las complicaciones de recién nacidos y obstétricas en términos del número de muertes debidos a sepsis? No es posible determinar cuál fue el factor crucial, debido a que se confunde el impacto de los protocolos con el de un neonatólogo que pasó a formar parte del personal hospitalario al mismo tiempo. El neonatólogo asistió con la elaboración de los protocolos y procedió a implementarlos. (Una auditoría de muertes perinatales *no* fue un factor en esta mejora, aunque se extrajo la conclusión de que las auditorías han provocado un impacto sobre la calidad de atención en otros estudios [Bhatt, R.V. 1989; Bugalho y Berstrom, 1993]). Desafortunadamente, la auditoría se implementó solamente en forma retrospectiva en Quetzaltenango. Una

revisión reciente del impacto de las normas clínicas sobre el ejercicio de los proveedores y en los resultados de los pacientes llegó a la conclusión de que el desarrollo e implementación de los protocolos ha tenido éxito en realizar cambios importantes en el proceso de la atención en la dirección propuesta por las normas en todos salvo 4 de los 59 estudios analizados. Al observar los resultados de los pacientes, todos salvo 2 de los 11 estudios hallaron alguna mejora significativa (Grimshaw y Russell, 1993). Este análisis se concentró solamente en las investigaciones de las normas clínicas diseñadas para el personal médico que evaluó la introducción de normas de orientación en términos del proceso de la atención médica o los resultados de los pacientes. También recogió información suficiente para que se hiciera un análisis estadístico coherente y, lo que es más importante, tuvo un diseño de estudio riguroso.

Si bien sigue siendo imposible distinguir qué factor ocasionó la mejora en la calidad técnica de la atención para la sepsis neonatal y si esto podría haber sido aumentado o reforzado por otras causas de mortalidad perinatal más allá de la sepsis así como en la salud materna, sabemos que las referencias al hospital aumentaron, tanto en las áreas de intervención como en las de no intervención. Este aumento en las referencias se vio de los registros hospitalarios; las cifras eran muy pequeñas para haberlas tomado de la vigilancia comunitaria. Por consiguiente, hubo algo en el hospital mismo que hizo que se generara la demanda. Dado que parece que la «capacitación hospitalaria» fue el único cambio que se detectó antes del aumento en las referencias registradas, se anticipa que la intervención de importancia es la sensibilización del personal hospitalario a la cultura de los nacimientos en la comunidad a la que sirve, incluyendo abriendo sus puertas para recibir a las familias y a las parteras tradicionales de las mujeres. El tiempo de espera disminuyó para estas complicaciones que requieren atención inmediata, por ejemplo hemorragia postparto —una de las inquietudes de las que habían hablado las mujeres caracterizándola como una barrera al uso de los servicios formales de salud para su atención. Las mujeres percibieron que mejorar la «calidad de atención» era importante, incluyendo cosas como permitiendo a las familias, a los amigos y a los proveedores comunitarios (la partera tradicional en el que se confía) al hospital. Ello es probable que haya alentado a las parteras tradicionales a aumentar sus referencias al hospital.

2. ¿Sirve la capacitación de las parteras tradicionales para aumentar la detección y la referencia de las mujeres y de los recién nacidos con complicaciones al establecimiento mejorado?

Lo que parece contradecir las conclusiones del estudio de hospital son los resultados de la vigilancia comunitaria. En primer lugar, de acuerdo con las respuestas de las mujeres a la encuesta originada en la comunidad, las referencias de las parteras tradicionales *no* aumentaron durante el transcurso del proyecto; más bien, proporcionalmente más mujeres y familias con complicaciones fueron de su propia voluntad al hospital en el año posterior a la intervención. Este conflicto aparente no pudo ser validado por la comparación de la información de la vigilancia comunitaria y de los registros del hospital debido a que estas series de información no estaban vinculadas. En segundo lugar, el estudio del hospital solamente se concentró en las mujeres que expresaron que habían sido referidas por las parteras tradicionales, y no en todas las mujeres que tuvieron partos en el hospital con o sin complicaciones y que pudieron haber sido auto-referidas o bien traídas directamente por sus familias. Dado que las cantidades son pequeñas, se anticipa que los resultados de los registros hospitalarios que indican un aumento en las referencias se diluyen al observar la información comunitaria.

Lo que es importante de reconocer en este proyecto es que casi la mitad de las mujeres con complicaciones utilizaron los servicios de salud incluso antes de que tuvieran lugar las intervenciones, y este porcentaje no aumentó en forma significativa después de las intervenciones (el 49 contra el 52%). Aproximadamente una quinta parte de las mujeres con complicaciones que utilizaron los servicios de salud lo hicieron en la referencia de las parteras tradicionales antes de las intervenciones. Posteriormente, esta proporción descendió al 13%. Más mujeres fueron a los servicios después de las intervenciones ya sea directamente o a pesar de que las parteras tradicionales no reconocieron la complicación (el reconocimiento cayó del 81% antes de las intervenciones al 68% después de las intervenciones). En algunos casos, las parteras tradicionales no refirieron a la mujer, o la mujer declaró que ella no aceptó la referencia pero fue al servicio de salud de cualquier manera.

El peso que las familias le dan a los servicios y

a las parteras tradicionales se hace más evidente cuando uno mira el involucramiento de las parteras tradicionales. Más de cuatro en cada cinco mujeres ven una partera tradicional para atención prenatal sin tener en cuenta si la mujer tuvo una complicación. Las dos terceras partes de las mujeres con complicaciones de anteparto que utilizaron los servicios habían visto a una partera tradicional; la otra tercera parte acudió directamente a los servicios. Las complicaciones de intraparto y de postparto parecieron indicar un peligro mayor a las familias, y el 52% y el 65% de las mujeres con dichas complicaciones respectivamente que utilizaron los servicios lo hicieron en forma directa; no participó ninguna partera tradicional. Las complicaciones fetales o de recién nacidos parecieron tener el mayor peso entre las familias: casi el 91% acudió en forma directa a los servicios entre un número de más de 53% de mujeres con dichos nacimientos que en última instancia sí utilizaron los servicios para estas complicaciones.

Según las mujeres encuestadas el efecto de las intervenciones a nivel comunitario en Quetzaltenango parece ser despreciable, no porque sea despreciable el papel de las parteras tradicionales en la referencia, sino porque estas ya referían en una proporción significativa a casos complicados antes de las intervenciones. Más importante aún, las mujeres ya estaban procurando el uso de los servicios de salud incluso sin la partera tradicional. Esta información sugiere una cierta independencia por parte de la mujer y de su familia en procurar los servicios cuando determinan que existe una complicación. Algunas mujeres van directamente a los servicios de salud, pasando por encima de las parteras tradicionales. Otra explicación podría ser que las mujeres no tienen acceso a las parteras tradicionales pero sí a los servicios de salud. Ellas ya podían haber planeado utilizar servicios de salud y lo hicieron cuando reconocieron la complicación.

Las mujeres en este estudio no están tan lejos del hospital de referencia - aproximadamente el 42% se encuentran dentro de los 60 minutos del hospital. Los caminos son relativamente buenos y se dispone de transporte. El uso de los servicios para las mujeres con complicaciones maternas parece ser una conducta bastante normal, aunque los partos sin complicaciones en el hogar con una partera tradicional es el procedimiento común en Quetzaltenango. Mejorar el reconocimiento y la referencia oportuna de los casos complicados por parte de las parteras tradicionales no parece haber

tenido una repercusión de mucha importancia en la comunidad y lo más probable es que esto se debe a que ya existía un patrón de uso de los servicios para las complicaciones.

Se extraen tres lecciones importantes del Proyecto de Salud Materna y Neonatal de Quetzaltenango:

1. Lección aprendida en el Paso 4 del Camino a la Supervivencia en la Calidad de la Atención:

Lo que ha demostrado ser efectivo en el aumento del uso de los servicios es una imagen positiva en el hospital de referencia. Dado que no se ha hecho ningún anuncio de los cambios en el hospital, las noticias tienen que haber viajado rápidamente verbalmente. Un hospital «amigable a las mujeres» parece generar su propia demanda, por lo menos en la zona circunvecina; Quetzaltenango es una zona en la que el 42% de las mujeres vive dentro de una hora del hospital y el transporte es relativamente fácil de hallar. Lo contrario de esto se confirmó en el proyecto Danfa en Ghana: las mujeres prefirieron a las parteras tradicionales en ese medio debido a su temor con respecto al tratamiento que se describió como doloroso y faltando respeto en los manos del personal médico (Eades y otros, 1993).

2. Lección aprendida en los Pasos 1, 2 y 3 del Camino a la Supervivencia que encara temas de acceso:

Se sabe poco acerca de la toma de decisiones en las familias en relación con procurar atención de problemas obstétricos o neonatales complicados. Sin embargo, parece que es la familia la que tomará la decisión. Ellos pueden ser influenciados por las parteras tradicionales, pero tal como se vio en este proyecto periurbano y en las áreas rurales de Fortaleza en el Brasil en donde un proyecto con una trayectoria de diez años vinculó a las parteras tradicionales y a sus clientes con el apoyo del hospital, se pasaba por alto a las parteras tradicionales cuando ocurría una complicación en la mayor parte de los casos (Bailey y otros, 1991; Janowitz y otros, 1988). De allí la importancia de concentrarse en la familia no solamente para el reconocimiento de las complicaciones, sino también debido a que ellos son los responsables primarios de la toma de decisiones para determinar si las mujeres van a procurar atención y en dónde.

3. Lección aprendida en temas de medición:

Resulta más fácil determinar (y tiene menores costos) si las mujeres con complicaciones tienen el parto en el servicio de referencia por medio de un análisis de registros del servicio bien mantenidos más que por medio de encuestas comunitarias en las

cuales las cifras son pequeñas. Además, si uno está formulando la pregunta más específica de si la mujer con complicaciones de parto fue referida por una partera tradicional (u otro proveedor), hay todavía más razón de concentrarse en los registros del hospital y en garantizar su calidad.

Referencias

- Bailey, P.E., R.C. Dominick, B. Janowitz y L. Araujo (1991), *Obstetrica e Mortalidade Perinatal em uma Area Rural do Nordeste Brasileiro*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana III (4):306-318.
- Bhatt, R.V. (1989) *Professional responsibility in maternity care: role of medical audit*. (La responsabilidad profesional en la atención materna: el papel de la auditoría médica) *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 30: 47-50.
- Bugalho A. y S. Bergstrom (1993). *Value of perinatal audit in obstetric care in the developing world: a ten-year experience of the Maputo Model*. (El valor de la auditoría perinatal en atención obstétrica en el mundo en desarrollo: una experiencia de diez años del Modelo de Maputo). *Gynecol Obstet Invest* 36: 239-243.
- Eades, C., C. Brace, L. Osei y K. LaGuardia (1993). *Traditional birth attendants and maternal mortality in Ghana*. (Asistentes tradicionales de parto y mortalidad materna en Ghana). *Social Science and Medicine* 36 (11): 1503-1507.
- Grimshaw, J.M. e I.T. Russell (1993). *Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations* (Efecto de las normas clínicas en el ejercicio de la medicina: revisión sistemática de evaluaciones rigurosas). *Lancet* 342 (8883): 1317-22.
- Janowitz, B., P.E. Bailey, R.C. Dominick y L. Araujo (1988). *TBAs in rural northeast Brazil: referral patterns and perinatal mortality*. (Las parteras tradicionales en el nordeste rural brasileño: patrones de referencia y mortalidad perinatal). *Health Policy and Planning* 3 (1): 48-58.