

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"EVALUACION DE LA EFICACIA DEL PROGRAMA DE
READIESTRAMIENTO A COMADRONAS"

(Estudio descriptivo de los alcances y límites
del programa de actualización de comadronas
en Santa María de Jesús, Sacatepéquez,
Guatemala, 1,990).

T E S I S

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.

P O R

MARITZA ANTONIA BERGANZA DUARTE

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, ABRIL DE 1993.



DL
05
T(6600)



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 12 de abril de 1,993
DIF-007-93

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis.

Se informa que el: MAESTRA DE EDUCACION PRIMARIA URBANA: MARITZA ANTONIA
Título o diploma de diversificado, Nombre y apellidos
BERGANZA DUARTE Carnet No. 87-12937
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"EVALUACION DE LA EFICACIA DEL PROGRAMA DE READIESTRAMIENTO A COMADRONAS"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los
conceptos, metodología, confiabilidad y validez de los resultados,
pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad
técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:

Firma del estudiante

Asesor

Firma y sello personal

Dr. VICTOR HUGO PEDROZA G.
Médico y Cirujano
Colegiado 3521

Revisor

Firma y sello

Registro Personal 11345

Dr. JOSE ANTONIO HERNANDEZ Y.
MEDICO Y CIRUJANO
COL. N. 2894

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

H A C E C O N S T A R Q U E :

El Bachiller: MARITZA ANTONIA BERGANZA DUARTE

Carnet Universitario No. B7412937

Previo a optar al Título de Medicina y Cirujano, en su Examen General Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado: "EVALUACION DE LA EFICACIA DEL PROGRAMA DE READIES RAMIENTO A COMADRONAS"

Avalado por asesor(es) y revisor, por lo que se emite la presente

ORDEN DE IMPRESION

Dr. Edgar R. de León Barrios
Por Unidad de Tesis

Dr. Raúl A. Castillo Rodas
Director del Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud

IMPRIMASE :

Dr. Jafeth Ernesto Cabrera Franco
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, C. A. N. O

I N D I C E

I.	INTRODUCCION	1
II.	DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III.	JUSTIFICACION	3
IV.	OBJETIVOS	4
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA	6
VI.	METODOLOGIA	16
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS	19
VIII.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	34
IX.	CONCLUSIONES	38
X.	RECOMENDACIONES	39
XI.	RESUMEN	40
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	41
XIII.	ANEXOS	44

I. INTRODUCCION

El programa de actualización de comadronas en el departamento de Sacatepéquez es llamado PROGRAMA SANTA MARIA, el cual fue elaborado por el personal de la Jefatura de Area de Salud de dicho departamento, con el objetivo de mejorar las tasas de mortalidad perinatal en las comunidades cerradas como es el caso de Santa Maria de Jesús.

El programa Santa Maria pretende reforzar los conocimientos, mejorar actitudes y prácticas de las comadronas, en lo que se refiere al manejo de embarazos y partos de alto riesgo, incluyendo temas como: sufrimiento fetal agudo, trabajo de parto prematuro, embarazo gemelar, hemorragia vaginal, ruptura prematura de membranas, etc. conocidos por las comadronas como señales de peligro en el trabajo de parto, razón por la cual deben referir a estas pacientes al Hospital de Antigua Guatemala.

Al elaborar dicho proyecto, se contempló un programa de seguimiento de reuniones y supervisiones a las comadronas, el cual quedó a cargo del personal del Puesto de Salud de Santa Maria de Jesús y asesorado técnicamente por el INCAP. El número de reuniones por año programadas fueron 12 (1 por mes) y de igual manera se programaron las supervisiones tanto en el manejo del parto como en el seguimiento del recién nacido durante sus primeros 3 meses de vida, actividad específica de las madrinan escogidas por el INCAP.

A pesar de que se observó mejoría en los indicadores de atención del parto, continuamos en la actualidad encontrando muchos mortinatos en la población de Santa Maria de Jesús, lo cual refleja que a pesar de que las comadronas de dicha comunidad tienen un conocimiento aceptable sobre el manejo de pacientes con alto riesgo no quieren cambiar sus actitudes.

A continuación se presenta de manera objetiva los resultados encontrados en la evaluación de la eficacia del Programa Santa maria, las fallas y soluciones encontradas para poder mejorarlo.

II. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Santa María de Jesús es un municipio del departamento de Sacatepéquez, cuya cabecera está localizada en las faldas del Volcán de Agua; cuenta con una extensión territorial de 34 Kms²; limitando al Norte con Magdalena Milpas Altas y Antigua; al Este con Amatitlán; al Oeste con Antigua y al Sur con Palín, Escuintla. El municipio cuenta con una población estimada de 13,125 habitantes (hasta julio de 1,992, según el Registro Civil) siendo el 99.5% de raza indígena, quienes en su mayoría cuentan con un nivel educativo sumamente bajo.

Por las características de la comunidad, en Santa María de Jesús existen altas tasas de mortalidad infantil, con predominio de mortalidad intraparto, neonatal y postneonatal temprana (según estudios realizados por el INCAP en 1,986 al 1,987). Por esta razón surgió la necesidad de crear acciones inmediatas y específicas para minimizar este problema.

Conociendo que la mortalidad era más alta durante el periodo del parto o los tres días posteriores a éste y sabiendo que las mujeres embarazadas de esta comunidad son atendidas en su mayoría por comadronas adiestradas, se ideó un programa exclusivamente para ellas llamado PROGRAMA SANTA MARIA, el cual fue elaborado por personal de la Jefatura de Área de Salud de Sacatepéquez y asesorado técnicamente por el INCAP. Estas intervenciones fueron realizadas en 1,990, las cuales tenían como objetivo principal la capacitación de las comadronas sobre embarazos y partos de alto riesgo, incluyendo control prenatal, manejo del parto y atención de la madre y el recién nacido en el post-parto.

Después de la intervención, la mortalidad peri-neonatal disminuyó de 36 a 9%, durante los primeros cuatro meses, según estudio preliminar realizado por el INCAP. Sin embargo, en el último año esta mortalidad va en aumento, por lo que el presente estudio evaluó los límites y logros del Programa Santa María, para reforzarlo y poder aplicar estas medidas en otras comunidades.

III. JUSTIFICACION

A causa de las tasas de mortalidad intraparto, neonatal y postneonatal encontradas en la población de Santa María de Jesús durante 1.986 y 1.987, se llevó a cabo un programa de re-adiestramiento a comadronas, sobre todo en el manejo de embarazos y partos de alto riesgo. Esta intervención fue realizada en 1.990, observándose en los cuatro meses después una disminución del 27% en la mortalidad perinatal. Lamentablemente, hemos observado que la mortalidad de este grupo sufrió un incremento en los últimos dos años; razón por la cual surge interés de evaluar si se cumplieron los objetivos y actividades planificadas, conociendo de esta manera las fallas existentes en el programa, dándoles solución a las mismas para poder en un futuro no lejano promover estas intervenciones en otras comunidades similares a Santa María de Jesús.

IV. OBJETIVOS

GENERALES

1. Determinar los indicadores de mortalidad perinatal y materna después de la intervención del Programa de readiestramiento a comadronas, en la población de Santa María de Jesús, realizado en 1.990.
2. Cuantificar la cobertura de Control Prenatal, después de realizado el Programa de Capacitación a Comadronas.
3. Evaluar la integración de las comadronas a los servicios de salud local y Hospital Departamental.
4. Identificar las características individuales del personal que fue capacitado en 1.990 siguiendo los lineamientos del Programa Santa María.
5. Evaluar la actitud de las comadronas de Santa María de Jesús después de la intervención del Programa de readiestramiento.

ESPECIFICOS

1. Determinar la mortalidad materna y perinatal del municipio de Santa María de Jesús desde 1.989 hasta 1.991.
2. Determinar la cobertura de control prenatal en el Puesto de Salud de Santa María de Jesús un año antes y uno de la actualización.
3. Identificar las causas por las cuales las comadronas refieren a pacientes obstétricas al Hospital de Antigua.
4. Determinar la edad de las comadronas que recibieron la capacitación.
5. Identificar el grupo étnico del personal capacitado.

6. Identificar las soluciones proporcionadas por las comadronas para el manejo de pacientes obstétricas con alto riesgo.
7. Identificar las actitudes y prácticas de las comadronas en relación a la referencia de casos al Puesto de Salud y Hospital Departamental.
8. Verificar la ejecución de actividades programadas por el personal del Puesto de Salud de Santa María de Jesús.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO:

I. HISTORIA

El poblado fue fundado en tiempos inmediatamente posteriores a la llegada de los españoles al territorio nacional hacia el año 1524 (no se conoce la fecha exacta) por indígenas trasladados de las faldas del Volcán Santa María, de donde se origina el nombre actual de la población; fueron trasladados por parte de Don Pedro de Alvarado, se cree debido a las constantes erupciones del Volcán y a las confrontaciones con otras tribus indígenas; desarrollaron labores de Proveeduría de madera a Santiago de los Caballeros (Antigua Guatemala) refiriéndose que parte de dicha madera se utilizó para construir una carabela en el Océano Pacifico destinada para Don Pedro de Alvarado (19).

Inicialmente el pueblo fue asentado en el lugar denominado "Pueblo Chiquito", el cual fue destruido por las corrientes de agua del volcán, por lo que fue trasladado al lugar conocido como La Cipresalada donde se encuentra actualmente, justamente en las faldas del Volcán de Agua.

Por otra parte el nombre de Santa María de Jesús figura en el índice alfabético de las ciudades y villas del Reino de Guatemala, adscrita al circuito de San Juan Alotenango, del departamento de Sacatepéquez, adoptado en el Código de Livingstone y decretado el 27 de agosto de 1836, habiendo sido deslindado por acuerdo gubernativo del 20 de diciembre de 1936, convirtiéndose desde esa fecha a categoría de Jurisdicción Mapal. (19)

II. GEOGRAFIA Y TOPOGRAFIA

El municipio de Santa María de Jesús es uno de los dieciseis que integran el departamento de Sacatepéquez; está limitado al norte y oeste por Magdalena Milpas Altas y Antigua Guatemala, al este con Amatitlán, al sur con Palín, Escuintla; al oeste con Antigua Guatemala y Ciudad Vieja.

El área municipal se encuentra dentro de una meseta dividida en dos vertientes: Al noroeste se existe el valle de Panchoy y hacia un barranco que sigue en dirección a San

Juan del Obispo. Al norte existe una serranía, formada por los cerros Chujuyú, el Manzanillo y Palanché, terminando en las alturas del cerro Carmona a 2623 mts. sobre el nivel del mar.

La segunda vertiente se extiende hacia el sureste por la cañada hacia Falin, Escuintla y el Valle de Amatitlán, en cuyo altiplano se encuentran lugares de producción agrícola.

La cabecera municipal se encuentra situada a aproximadamente 2,080 mts. sobre el nivel del mar, posee una extensión territorial de 34 Kms² y su posición astronómica se sitúa en 15 29'35" latitud norte y 90 42' 35" longitud oeste del meridiano de Greenwich. El casco urbano se encuentra dividido en cuatro cantones de aproximadamente dos a cada lado de la calle principal.

La topografía comprende una serie de pendientes onduladas y escarpadas alrededor de un 5 y 10%, así como elevaciones entre 1500 y 2500 mts. sobre el nivel del mar, alcanzando el Volcán de Agua una altura de 3700 mts. Las llanuras del este y sureste reciben las aguas de escorrentía procedentes del volcán, provocando erosión hídrica.

Por otra parte, el municipio no cuenta con corrientes superficiales de año, posee tres nacimientos de agua (el Chuyá, Checapitán y el Chirijuyú) que abastecen poco a la población, siendo la principal fuente de agua el pozo de agua de Sábana Grande, en donde se utiliza un motor de gasolina que actualmente tiene desperfectos mecánicos que ha conducido a una escasez agudizada del vital líquido.

III. ECONOMIA:

La base de la economía de la mayoría de los pobladores de Santa María de Jesús gira alrededor de actividades agrícolas en su mayoría cultivos tradicionales como maíz, frijol, arveja, zanahoria y otro tipo de verduras y legumbres, así como frutales (como manzanilla, durazno, manzana, aguacate, etc); los cuales constituyen su dieta fundamental y les permite adquirir mediante su comercio de bienes de consumo para subsistencia como vestuario, insumos para las siembras, herramientas, etc. Dichos productos los comercializan trasladándolos directamente a puestos de venta

ubicados en Antigua Guatemala o la Ciudad Capital o bien a través de intermediarios que los revenden (comerciantes). Por lo anterior la tierra constituye su sustento, pero la misma en su mayoría se encuentra distribuida en minifundios: los cuales en su mayor parte les son heredadas, tendiendo así a más minifundios en el resto de terrenos de la población: por otra parte algunos no poseen tierra para lo cual la arrendan para cultivarlos en un tiempo estipulado o venden su fuerza de trabajo como mozo devengando un sueldo que oscila entre Q.8.00 y Q.10.00 diarios. Para cultivar la tierra no utilizan tecnología avanzada más bien de una forma rudimentaria, a través de fuerza muscular; además la mayoría no tienen financiamiento ya que no tienen acceso a ellos (son autofinanciados).

Por otra parte algunos pobladores también se dedican a otro tipo de labores como por ejemplo telares. en el caso de las mujeres algunas trabajan haciendo tejidos típicos la mayoría de una forma secundaria a sus labores agrícolas; otros trabajan como obreros en establecimientos (fábricas, fincas y otros negocios) en Antigua Guatemala o en Guatemala Ciudad llama la atención que buena parte me dedica a ser guardián de estos negocios ya que la mayoría prestan servicio militar en la comunidad.

IV. TIPO DE COMERCIO:

La comercialización la realizan en su mayoría los mismos productores trasladando los productos directamente a los puestos de venta en la localidad, especialmente en los días de mercado en Antigua Guatemala que son los días lunes, jueves y v sábado o bien a la Ciudad Capital todos los días en donde venden sus productos en la Terminal de la Zona 4 a intermediarios (comerciantes).

V. DISPONIBILIDAD DE ALIMENTOS:

Los nutrientes esenciales y no esenciales los adquieren de su dieta básica compuesta principalmente por maíz (tortillas, tamales), frijol, plantas o hiervas como macuy, chipilín, verduras y frutas.

Se observó en la comunidad que el mejor alimento en cantidad y calidad está destinado al que trabaja en su mayor parte al jefe de familia, por lo que los hijos especialmente los menores de 5 años y las mujeres tienen algún grado de desnutrición evidente.

VI. TIPO Y ESTADO DE CAMINOS:

El municipio de Santa María de Jesús está comunicado con Antigua Guatemala por un camino de terracería transitable en toda época del año de aproximadamente 10 Kms. de distancia pasando por San Juan del Obispo; por otra parte, existe una vereda que comunica con Amatitlán, así como una carretera construida hacia la cima del Volcán de Agua, y otra de terracería también a Palín, Escuintla.

VII. MEDIOS DE TRANSPORTE Y COMUNICACION:

El principal medio de transporte de personas lo constituye el transporte extraurbano contándose actualmente aproximadamente con 12 buses que cubren la ruta Antigua Guatemala y viceversa todos los días de la semana, con más frecuencia los días de mercado (lunes, jueves y sábado); además, algunos buses cubren la ruta Palín, Escuintla- Santa María de Jesús y viceversa así como a la Ciudad Capital estos últimos especialmente circulan de noche o en la madrugada. Para el transporte de carga utilizan además camiones.

Los servicios de Correos y Telégrafos funcionan en la comunidad en una misma oficina: se cuenta en la localidad con 2 teléfonos al servicio del público uno ubicado en la tienda del Proyecto de Christian Children y otro en la Farmacia San José.

VIII. ADMINISTRACION POLITICA:

A nivel jerárquico institucional gubernamental en el municipio su máxima representación está dado por la Municipalidad presidida actualmente por el Señor Alcalde, Francisco Rancho, que sucedió al Alcalde electo popularmente, el Señor Félix Mixtún Coroy (el cual es de la misma Corporación Municipal) debido a problemas con la comunidad especialmente por la falta del servicio de agua que obligaron a don Félix Mixtún Coroy a renunciar junto al síndico segundo.

Existen 4 Alcaldes Auxiliares, uno por cada cantón, cada uno de los cuales cuenta con 20 ministriles que le ayudan en sus labores; además 5 vocales de sanidad, un secretario, un tesorero y 2 consejales; los vocales de sanidad se dedican principalmente a vigilar el saneamiento ambiental en su jurisdicción establecida.

IX. EDUCACION:

El municipio cuenta actualmente con 4 establecimientos educativos; 3 escuelas de educación primaria, dos ubicadas a inmediaciones de la plaza central y otra la Escuela Navarrete en el segundo cantón hacia el camino que dirige a Amatitlán y un Colegio que posee actualmente con educación secundaria.

Por otra parte, se cuenta en la comunidad con una Academia de Mecanografía; algunos estudiantes acuden a los establecimientos de educación en Antigua Guatemala y pocos realmente a la Universidad.

En cuanto a la asistencia de niños a las escuelas se puede decir que algunas familias todavía no consideran prioritaria la educación de sus hijos, para su desarrollo más bien como una fuga de fuerza de trabajo para aumentar sus ingresos.

X. SISTEMA DE CREENCIA:

La población, en su mayoría indígena, todavía conserva en buena medida creencias heredadas de generación en generación de sus antecesores, especialmente en salud son de tipo tradicional eminentemente mágico-religiosas utilizando para el tratamiento de las múltiples enfermedades generalmente una combinación de plantas, hierbas hervidas junto con medicamentos entre los más utilizados la sulfadiazina, alka seltzer, etc. (dependiendo del tipo de enfermedad), en algún tipo de enfermedades utilizan masajes, lienzos, frotos, etc. cuyo conocimiento lo han adquirido en su mayoría de una forma mágica o bien se utilizan empíricamente. En general, se puede decir que la población acude a un médico cuando ha experimentado todo este tipo de medicinas que le han dicho o le han recetado curanderos de la localidad. Sin embargo, una parte de la población ha cambiado de actitud.

XI. COSTUMBRES Y TRADICIONES:

La religión predominante es la Católica aunque hay una parte significativa de la población evangélica; la mayor parte de las celebraciones giran alrededor de celebraciones católicas organizadas por los cofrades y otros grupos dentro

de la iglesia, por lo que se dan periódicamente así en el período de práctica se dieron celebraciones como el 11 de agosto se celebró el Persigun escrito en Cackchiquel, día en que se hace misa con cofrades; el 12 de septiembre se celebra el día de la patrona "El Dulce Nombre de María", efectuando un novenario, oficiando una misa, quemando bombas, cohetes, etc.; el primero de noviembre se celebra el día de Todos los Santos fecha en la que se dedican a colocar ciprés con flor de muerto, en cada puerta de todas las casas donde hay familiares que han fallecido, con la idea de que éstos los visiten; además, sale una procesión hacia el cementerio; el inicio del año nuevo lo celebran quemando cohetes, comiendo tamal, embriagándose, con diversos juegos en la Plaza Mayor que incluyen bailes tradicionales alrededor del pueblo.

En general, los casamientos y cumpleaños se celebran de acuerdo a la situación económica de las familias algunas gastan cantidades considerables de dinero; a la novia generalmente le regalan para el matrimonio una prenda especial el Tsúte que utilizan para celebraciones especiales; así como otras prendas típicas.

XII. TIPOS Y LUGARES DE RECREACION:

En realidad se poseen pocos recursos para la recreación contando una cancha de foot ball, una de basket ball, la Plaza Central donde se celebran las fiestas populares, el Salón del Proyecto Christian Children, así como el turístico Volcán de Agua.

XIII. SANEAMIENTO AMBIENTAL:

La mayoría de la población no cuenta con servicio intradomiciliario de agua (92% se encontró en visitas domiciliarias realizadas) así como falta de tratamiento de dicha agua entubada para su distribución, dicha población se abastece de agua en chorros públicos y de pilas distribuidas en la comunidad. Además, la población en su mayoría no cuenta con servicio de conducción de aguas residuales (drenajes); de los pocos que existen van a desembocar en las cercanías de la comunidad o dentro de las mismas en algunos casos (como en el 2do. cantón).

B. MEDICINA TRADICIONAL Y COMADRONAS ADIESTRADAS

Guatemala, como muchos países en vías de desarrollo, afronta entre sus múltiples dificultades un grave problema: el de la salud a todas luces agudizado en los grupos sociales marginados tanto en el campo como en la ciudad. En este problema se han considerado responsables factores biológicos, económicos, sociales, aislando los elementos arraigados en grandes poblaciones y que inciden en beneficio o deterioro de la salud. (8)

Desde sus inicios el hombre tuvo que idear formas y procedimientos para satisfacer sus necesidades elementales y darle sentido a los fenómenos de la naturaleza, generando así un cuerpo de creencias y costumbres, las que fueron transmitiendo de generación en generación.

En la actualidad, la medicina tradicional conforma un tema de interés especial para las personas involucradas en las áreas de salud y para aquellos interesados en conocer y conservar los elementos culturales que forman parte de las diferentes sociedades. La medicina tradicional puede considerarse como una firme amalgama de prácticas médicas activas y experiencias ancestrales en la cual las comadronas juegan un papel importante. (14)

Se estima que en los países tercermundistas las comadronas tradicionales atienden al 60 - 80% de todos los partos. Sin embargo, existen trabajos teóricamente visibles que brindan un panorama de conjunto sobre la personalidad de las comadronas, su número, localización geográfica y ocupación social de su labor. (16)

La mayor parte de las comadronas tradicionales son mujeres de edad media o avanzada, analfabetas y practicantes de tiempo parcial. Gocan de gran prestigio dentro de su comunidad y se le respeta por sus conocimientos prácticos sobre partería. (8)

Resulta claro que la medicina tradicional es un recurso para la salud, de importancia crucial para las actividades que la medicina institucional intenta desarrollar dentro del concepto de atención primaria en salud. La medicina tradicional surge como un baluarte indispensable de ser considerado como parte necesaria de nuestro programa de acción si deseamos un esquema que procure atención a la salud en forma integral y congruente con la realidad actual. Es

también necesario plantear que si la medicina tradicional es popular no significa que sea también el mejor sistema de atención sanitaria, pero en nuestra cultura juega un papel muy importante y puede ser un medio muy importante para llegar a nuestra población y ofrecer mejores perspectivas, respetándole como ser humano en sus creencias y tradiciones. (13)

Ahora que se empieza a dar formación a las comadronas tradicionales para que puedan desempeñar funciones más amplias en la atención primaria de salud, adquiere mayor urgencia determinar su situación jurídica y su responsabilidad profesional. Por ello es indispensable que las restricciones legales relativas a sus actividades se definan claramente y sean sustituidas por disposiciones realistas y flexibles.

Entre las actividades que debe desempeñar la comadrona tradicional adiestrada, podemos señalar: atención prenatal, atención del parto, atención post-natal, atención del recién nacido, orientación familiar, referencia de casos de alto riesgo al Hospital departamental, asistir a las reuniones en los servicios de salud, proporcionar información periódica de sus actividades, colaboración con otros programas según criterios de los servicios de salud. (9)

Es importante para toda persona que trabaja con comadronas considerar el valor que cada una de ellas tiene y aún más que la atención por comadronas de madres y niños recién nacidos son una esperanza de su bienestar y sobrevivencia.

Las oportunidades de trabajar personalmente con la comadrona son realmente pocas, pero una de ellas es el tiempo de la capacitación en el cual puede manifestárseles sus pensamientos y perspectivas, pero también podrá conocer realmente el contexto de cada una de ellas y forma de vida.

El Programa Santa María incluye una guía para el personal de salud que se hará cargo de la capacitación, con el objetivo de proveer un resumen de contenidos claves que se consideran fundamentales en la educación de toda comadrona sobre el riesgo obstétrico y neonatal. Ofreciendo además un cambio en la metodología tradicional de enseñanza, dándoles a las comadronas más oportunidades de participar y manifestar sus experiencias y sus ideas, como en una discusión de casos. (17)

El foco de interés del curso de actualización de comadronas en la comunidad de Santa María de Jesús fue el reconocimiento del riesgo reproductivo y el riesgo obstétrico. El primero lo constituyen todas aquellas condiciones de peligro que pueden ser detectadas antes de que un embarazo suceda y prevenir a la mujer sobre los riesgos que representaría para ella y su bebé; por lo que el método de acción ideal en este caso es la planificación familiar.

Por otro lado, el riesgo obstétrico son todas aquellas condiciones de peligro, que aunque hubiesen sido detectadas antes del embarazo, parto o el post-parto. Algunas de ellas pueden ser detectadas tempranamente y prevenir sus complicaciones. En otros casos, pueden ser detectados hasta el momento en que resultan en una urgencia, y deben tomarse acciones que salven la vida de la madre y el niño. Los estudios que se han realizado en Guatemala en los últimos años, muestran que la mayoría de la mortalidad perinatal y materna se encuentra asociada a alguna de estas condiciones de riesgo obstétrico y que pudieron haber sido detectadas y tratadas adecuadamente para salvar sus vidas. (4)

Por esta razón es que esta actualización a comadronas sobre los riesgos del embarazo, parto, post-parto y recién nacido, pretende que las comadronas aprendan a identificar y tomar las acciones indicadas que salven la vida de sus pacientes.

C. GENERALIDADES SOBRE EVALUACION DE PROYECTOS

El fin de la evaluación es servir de base a las instituciones que realizan o financian investigaciones y desarrollos tecnológicos en el país, para que puedan tener un elemento de referencia sobre el cual montar sus propios modelos. (2)

Al evaluar un programa debe tomarse en consideración la diferencia entre eficacia y eficiencia. La primera incluye el logro de los objetivos propuestos y la segunda el logro de los fines con la cantidad mínima de recursos, la cual ese obtiene con el perfeccionamiento a través de los años.

Es reconocida la evaluación de la atención al paciente como piedra angular de autoevaluación profesional y autodesarrollo continuo. La evaluación debe basarse en la información obtenida mediante la vigilancia de la ejecución

de las políticas y estrategias de los planes de acción en la medición de la eficiencia de las activaciones del programa, así como de su eficacia y efectos para mejorar las condiciones de los individuos. Debe aplicarse mientras funcionan los Servicios de Salud de las Instituciones.

En cuanto a la responsabilidad de la evaluación, el principio según el cual la evaluación debe efectuarse como parte integrante de las diversas etapas del proceso general de gestión, supone que los individuos y grupos responsables del establecimiento y la aplicación de ese proceso en los diversos escalones de las políticas y de las operaciones asume también la responsabilidad de su evaluación.

Incrementos en la productividad manteniendo la calidad constante significa aumentos en la eficiencia. De la misma manera incrementos en la calidad de los servicios sin reducir la productividad significa aumentos en la eficacia. Resumiendo, se puede decir que la "Eficiencia real" es una función de la calidad, la productividad y los costos.

Un modelo de evaluación debe incluir 3 etapas básicas: Evaluación inicial, seguimiento y evaluación final. Dentro de la evaluación de inicio, las políticas institucionales juegan un papel importante en la determinación y valoración de cada uno de los criterios evaluadores, mientras que en las etapas de seguimiento y evaluación final, la participación de los elementos de carácter político se ve minimizada, pues estas etapas se orientan hacia el apoyo, corrección y retroalimentación de las investigaciones. (12)

La metodología empleada para la evaluación debe incluir:

- Definición de objetivos
- Recolección y procesamiento de información existente
- Extracción, análisis y validación de criterios
- Formulación de mecanismos generales para la evaluación de los criterios.
- Diseño de instrumentos
- Redacción del modelo
- Aplicación del modelo en otras comunidades
- Seminario de divulgación

Es muy importante realizar después de la evaluación, un análisis detallado de los datos encontrados, para obtener las soluciones dadas a las fallas, y así poner en práctica el proyecto en otras comunidades, mejorando de esta manera la calidad de las intervenciones en el sector salud.

VI. METODOLOGIA

- A. Estudio evaluativo de los alcances y límites del Programa de re-adiestramiento de comadronas realizado en la comunidad de Santa María de Jesús en 1,990.
- B. Se trabajará con el total de comadronas de la comunidad de Santa María de Jesús, quienes en 1,990 fueron readiestradas (10 comadronas).
- C. Variables en estudio:
- Características generales de las comadronas que participaron en el programa Santa María (edad, sexo, escolaridad, tiempo de ejercer, actitudes)
 - Cobertura de control prenatal en el Puesto de Salud y calidad de referencia a hospital.
 - Tasas de mortalidad intraparto y neonatal.
- D. Actividades realizadas:
- Se revisó la mortalidad perinatal y materna, un año antes y uno después de la intervención del Programa de re-adiestramiento a comadronas; en el registro civil de la localidad utilizando el instrumento V. (Ver anexo)
 - Revisión de la memoria de labores para conocer la cobertura del control prenatal de los años de 1,989, 1,990, 1,991 y 1,992.
 - Se revisaron las referencias de pacientes obstétricas al Hospital de Antigua.
 - Se realizaron entrevistas a cada comadrona que recibió el curso de capacitación del Programa Santa María utilizando para dicha actividad el cuestionario M2. (Ver anexo).
 - Se medirán características individuales de las comadronas del estudio, tales como: edad, escolaridad, grupo étnico, tiempo de práctica, conocimientos, actitudes y prácticas del programa.
- E. Guía para la recolección de datos:
- Técnicas: Se hará a través de observación directa, con cuestionario y documental de publicaciones de la jefatura de área de Sacatepéquez, revisando el comportamiento de las tasas de peri-neonatal antes y después de la intervención.

F. Recuento y plan de tabulación:

-Se analizarán los datos en computadora AT 286 utilizando el paquete de Epi Info y Harvard Grafic.

G. Difusión de los resultados:

-Se hará a través de: reuniones locales con participación de las comadronas y personal de salud del distrito No. 3 del Area de Sacatepéquez. Además se imprimirá un boletín académico (tesis). Dependiendo del resultado se ejecutará una segunda fase del programa Santa María y una primera fase en 2 municipios más, que pertenezcan al área de Sacatepéquez y que reúnan características similares a la comunidad de Santa María de Jesús.

H. Personal responsable:

-EPS del Puesto de Salud de Santa María de Jesús en el semestre de agosto/92 a enero de 1,993.
 -Epidemiólogo del Area de Sacatepéquez
 -Jefe del Area de Salud de Sacatepéquez
 -Jefe del distrito No. 3 del área de Sacatepéquez
 -Enfermera graduada del distrito No. 3

I. Recursos:

-Humanos:

- . Comadronas adiestradas de Santa María de Jesús.
- . Auxiliares de enfermería.

-Materiales:

- . Puesto de Salud de Santa María de Jesús
- . Vehículo de la jefatura de Area.
- . 6 carteles
- . 4 marcadores
- . Pizarrón
- . Refacción de clausura Q.200.00
- . 50 hojas de papel bond

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MES DE FEBRERO

SEMANAS	PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA
	.Reunion con comadronas para darles a conocer la investigacion y explicarles lo que se pretende con esta	.Revisión de la mortalidad pre-natal, en el registro civil de la comunidad.	.Revisar coberturas de control prenatal y atención de parto en el Puesto de Salud de Santa Maria de Jesus y en el Hospital de Antigua	.Continuar entrevistas a las comadronas y en la medida de lo posible supervisar la atención de un parto realizado por ellas
		.Reunion de equipo con el jefe de Area y de Distrito No. 3 para que conozca la investigacion.	.Iniciar entrevistas a comadronas mediante visita domiciliaria.	

MES DE MARZO

SEMANA	PRIMERA	SEGUNDA
	.Analisis de los datos	.Reunion de clausura para dar a conocer los resultados de la evaluación del programa SANTA MARIA a las comadronas y al personal de Salud del area de Sartequez.
	.Elaboracion del informe final	

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No 1

MORTALIDAD PERINATAL
DURANTE LOS AÑOS 1989 - 1990 - 1991
MCIPIO STA.MARIA DE JESUS SACATEPEQUEZ

TASAS X 1,000

	1989	1990	1991
MORTINATOS	24.07	22.38	17.61
NEONATOS	13.12	13.05	15.65
PERINATAL	37.19	35.44	33.26

FUENTE: REGISTRO CIVIL

CUADRO No 2

COBERTURA DE ATENCION PRENATAL Y PUERPERIO

EN EL MCIPIO. DE STA. MARIA DE JESUS, SACATEPEQUEZ
SEGUN EMBARAZOS ESPERADOS
DURANTE LOS AÑOS 1989 1990 1991

ACTIVIDAD	UNIVERSO			PROGRAMADO			REALIZADO			COBERTURA %		
	1989	1990	1991	1989	1990	1991	1989	1990	1991	1989	1990	1991
CONTROL PRENATAL	540	559	587	178	134	135	56	161	110	10.37	28.00	18.00
CONTROL PUERPERIO	540	559	587	29	56	135	10	55	9	1.85	9.8	1.5

FUENTE: PROGRAMACION Y MEMORIA DE LABORES
PUESTO SALUD STA. MARIA DE JESUS

CUADRO No. 3

INDICADORES SEGUN HISTORIA REPRODUCTIVA
 UTILIZADOS POR LAS COMADRONAS DE
 STA. MARIA DE JESUS SACATEPEQUEZ
 PARA LA REFERENCIA DE PACIENTES
 AL HOSPITAL DEPARTAMENTAL AÑOS 1989 1990 1991

AÑOS	EDAD						PARIDAD						TOTALES
	< 16 AÑOS		16 - 35		+ 35		1		2 - 4		5 +		
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
1989	0	0	43	95	2	5	8	18	22	49	15	33	45
1990	0	0	42	82	9	18	9	18	24	47	18	35	51
1991	1	2	48	91	4	7	15	28	18	34	28	38	53

FUENTE: LIBRO DE INGRESOS DE SALA MATERNIDAD

HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA.

CUADRO No 4

INDICADORES DURANTE EL EMBARAZO ACTUAL

UTILIZADOS POR LAS COMADRONAS
DE STA. MARIA DE JESUS PARA LA REFERENCIA
DE PACIENTES AL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA
AÑOS 1989 1990 1991

INDICADORES DE ALTO RIESGO												
AÑOS	HEMORRAGIA VAGINAL	PARTO PREMATURO	RUPTURA PREMATURA MEMBRANAS	POLHI DRAMTIOS	EMBARAZO MULTIPLE	MALA PRESENCIA TACION	NECO NIO	DISMINUCION MOVIMIENTOS FETALES	CONVULSIONES	CST ANTERIOR	SIN RIESGO	TOTALES
1989	1	0	1	0	2	4	11	3	0	1	22	45
1990	0	1	0	0	0	3	8	4	1	5	29	51
1991	0	1	0	1	0	9	10	1	0	3	28	53
TOTAL	1	2	1	1	2	16	29	8	1	9	79	149
%	0.67	1.34	0.67	0.67	1.34	10.73	19.46	5.36	0.67	6.04	53	100

FUENTE: LIBRO DE INGRESO DE SALA DE MATERNIDAD
HOSPITAL NACIONAL ANTIGUA.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

CUADRO No.5

INDICADORES MAS UTILIZADOS POR LAS COMADRONAS
DE STA.MARIA DE JESUS,SACATEPEQUEZ
PARA LA REFERENCIA HOSPITALARIA

AÑO	CESAREAS PREVIAS		MECONIO		MALA PRESENTACION		DISMINUCION MOVIMIENTOS FETALES	
	F	%	F	%	F	%	F	%
1989	1	2.22	11	24	4	8	3	6.66
1990	5	9	8	15.6	3	5	4	7.80
1991	3	5.6	10	18.8	9	16.9	1	1.80

FUENTE: LIBRO DE INGRESOS DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL
DE ANTIGUA GUATEMALA

CUADRO No.6

RELACION ENTRE INDICADORES DE ALTO RIESGO Y CESAREAS REALIZADAS A PACIENTES
REFERIDAS POR LAS COMADRONAS DE SANTA MARIA DE JESUS, SACATEPEQUEZ AL
HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA, AÑOS 1989, 1990, 1991

CESAREA	INDICADORES DE REFERENCIA										
	HEMORRAGIA	PARTO PREMATURO	RUPTURA PREMATURA MEMBRANAS	POLIHI DRAMNIOS	EMBARAZO MULTIPLE	MALA PRE SENTACION	MECONIO	<10 MOVI HIENTOS FETALES	CONVULSIONES	CST. ANTE RIOR	TOTAL
1989	1	0	0	0	0	3	1	0	0	1	6
1990	0	1	0	0	0	3	4	2	1	5	16
1991	0	0	0	0	0	6	5	0	0	3	14

FUENTE: LIBRO DE INGRESOS, MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA.

CUADRO No.7

DISTRIBUCION SEGUN GRUPO ETAREO Y GRUPO ETNICO DE LAS
COMADRONAS DE SANTA MARIA DE JESUS QUE PARTICIPARON
EN EL PROGRAMA DE ACTUALIZACION AÑO 1998

GRUPO ETAREO	FRECUENCIA	%	GRUPO ETNICO	
			INDIGENA	LADINA
21 - 30 AÑOS	3	30	3	0
31 - 40 AÑOS	3	30	3	0
41 - 50 AÑOS	1	10	1	0
51 - 60 AÑOS	1	10	1	0
61 - 70 AÑOS	1	10	0	1
71 - 80 AÑOS	1	10	1	0
T O T A L	10	100	9	1

FUENTE: INSTRUMENTO M2

CUADRO No.8

TIEMPO DE EJERCER COMO COMADRONAS ADIESTRADAS ANTES
DE PARTICIPAR EN EL PROGRAMA SANTA MARIA

TIEMPO DE EJERCER					
<2 AÑOS		3 - 4 AÑOS		>5 AÑOS	
F	%	F	%	F	%
0	0	0	0	10	100

FUENTE: INSTRUMENTO M2

CUADRO No.9
 CONOCIMIENTOS, Y PRACTICAS DE LAS COMADRONAS DE SANTA MARIA DE JESUS, EN CUANTO A LAS NORMAS DE REFERENCIA DE CONTROL PRENATAL AL PUESTO DE SALUD DURANTE LOS AÑOS 1989, 1990, 1991

CONOCIMIENTOS		PRACTICAS		COBERTURA DE PRENATAL %
F	%	F	%	
10	100	3	30	29.99

FUENTE: INSTRUMENTO M2

CUADRO No.10

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE LAS COMADRONAS DE SANTA MARIA DE JESUS, EN CUANTO AL USO DE MEDICAMENTOS EN EL EMBARAZO DURANTE 1989 A 1991

CONOCIMIENTOS		ACTITUDES		PRACTICAS		AUSENCIA DE MEDICAMENTOS EN PUESTO DE SALUD	
No.COMADRONAS	%	No.COMADRONAS	%	No.COMADRONAS	%	No.COMADRONAS	%
10	100	6	60	10	100	10	100

FUENTE: INSTRUMENTO M2

CUADRO No.11

CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRACTICAS DE LAS COMADRONAS DE SANTA MARIA DE JESUS, EN CUANTO A INDICADORES DE ALTO RIESGO PARA LA REFERENCIA AL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DURANTE 1989 A 1991

CONOCIMIENTOS		ACTITUDES		PACIENTES REFERIDAS POR ALTO RIESGO OBSTETRICO AL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA					
No.COMADRONAS	%	No.COMADRONAS	%	1989		1990		1991	
				F	%	F	%	F	%
9	90	7	70	23	51.1	20	39.2	22	41.5

FUENTE: INSTRUMENTO N2

CUADRO No.12

CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRACTICAS DE LAS COMADRONAS DE SANTA MARIA DE JESUS, EN CUANTO A LA CALIDAD DE ATENCION PRESTADA POR EL PERSONAL DEL PUESTO DE SALUD EN LOS AÑOS 1989, 1990, 1991

CONOCIMIENTOS		ACTITUDES		PRACTICAS	
No.COMADRONAS	%	No.COMADRONAS	%	No.COMADRONAS	%
9	90	8	80	9	90

FUENTE: INSTRUMENTO N2

CUADRO No.13

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LAS COMADRONAS DE
SANTA MARIA DE JESUS EN RELACION AL PROGRAMA
DE TETANOS NEONATAL

CONOCIMIENTOS		ACTITUDES	
No.COMADRONAS	%	No.COMADRONAS	%
10	100	10	100

FUENTE: INSTRUMENTO M2

CUADRO No. 14

ACTITUD DE LAS COMADRONAS DE SANTA MARIA DE JESUS
EN CUANTO A MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCION DE LAS
PACIENTES EMBARAZADAS EN COORDINACION CON EL
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

MANEJO DE IN FORMACION				IMPLEMENTACION DE EQUIPO				COORDINACION CON PUESTO DE SALUD				REALIZACION DE PROYECTOS			
SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO	
F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
2	20	8	80	10	100	0	0	9	90	1	10	7	70	3	30

FUENTE: INSTRUMENTO M2

CUADRO No.15

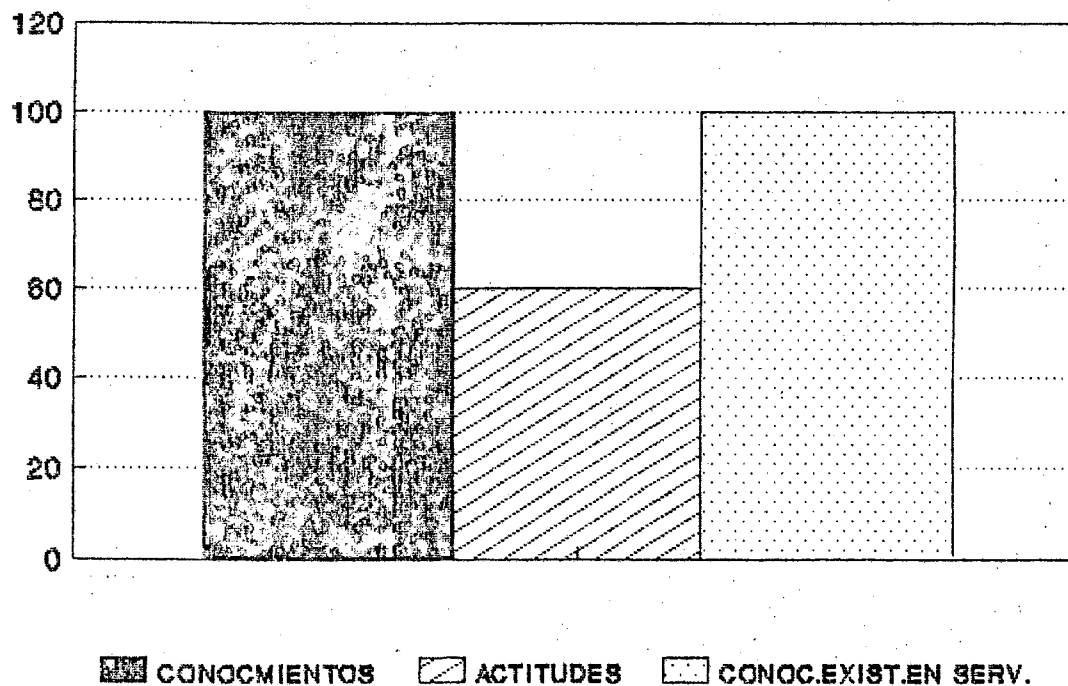
CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR EL PERSONAL DEL
 PUESTO DE SALUD DE SANTA MARIA DE JESUS EN LA ETAPA DE
 SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA DE ACTUALIZACION DE COMADRONAS
 SACATEPEQUEZ, 1991

ACTIVIDADES	RANGO DE ACTIVIDADES ANUALES			
	0 - 3 MALO	4 - 6 REGULAR	7 - 9 BUENO	10 - 12 EXCELENTE
REUNIONES CON PERSONAL DEL PUESTO DE SALUD	9	0	0	1
SUPERVISION POR EL PERSONAL DEL PUESTO DE SALUD	10	0	0	0
COLABORACION DE LA MADRINA DEL RECIEN NACIDO	10	0	0	0

FUENTE: CALENDARIO DE ACTIVIDADES DEL PROGRAMA SANTA MARIA Y
 BOLETA DE ENCUESTA

GRAFICA No. 1

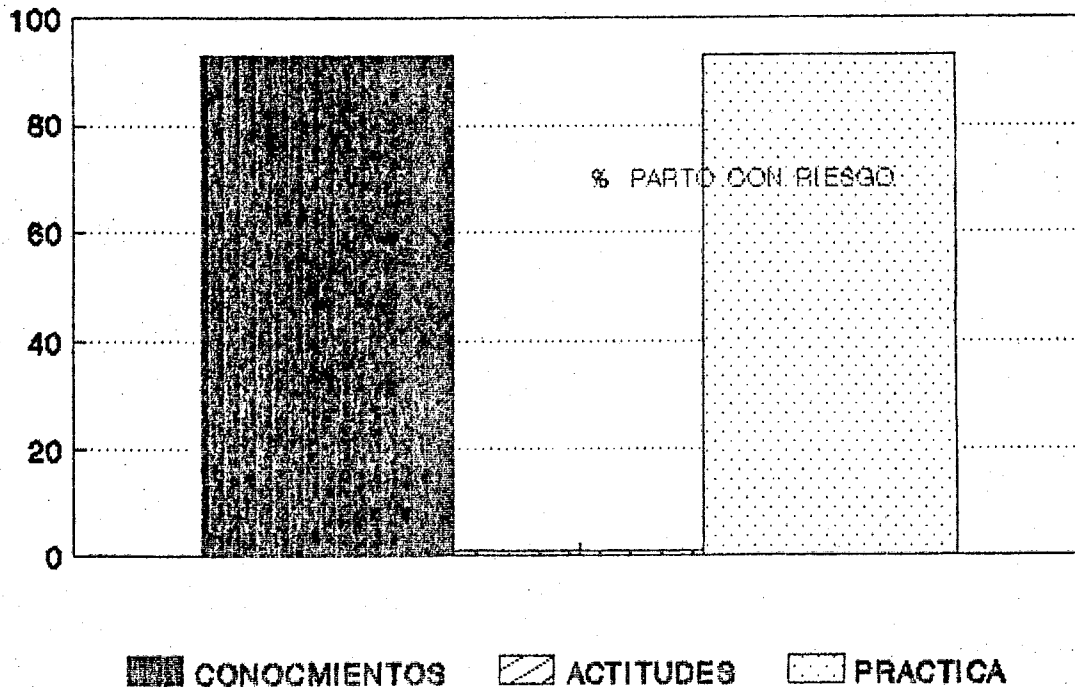
CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES EN CUANTO AL USO DE MEDICAMENTOS DURANTE EL EMBARAZO



FUENTE: Cuadro No. 10.

GRAFICA No. 2

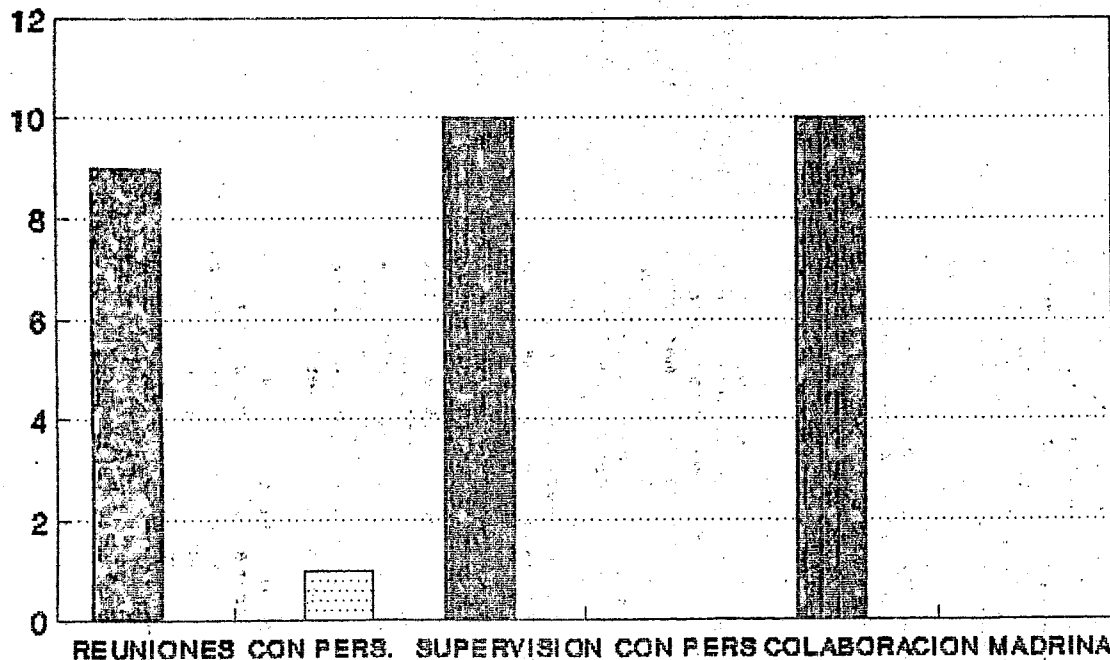
CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS EN CUANTO A CALIDAD DE ATENCION



FUENTE: Cuadro No. 12.

GRAFICA No. 3

EJECUCION DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS



0-3 MALO

4-6 REGULAR

7-9 BUENO

FUENTE: Cuadro No. 15.

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

El curso de actualización sobre embarazos y partos de alto riesgo fue impartido en el Municipio de Santa María de Jesús, Sacatepéquez, durante el año de 1.990, a 12 comadronas adiestradas, de las cuales únicamente 10 pudieron ser evaluadas ya que las otras 2 no residen en la comunidad. Todas de sexo femenino, siendo el 90% indígenas y la mayoría de ellas comprendidas en el grupo de población económicamente activa. El 100% de ellas tenían más de 5 años de ejercer como comadronas en el momento de recibir el curso de actualización, esto puede reflejarnos lo difícil que es cambiar las actitudes de las personas adiestradas después de estar acostumbradas a realizar algunas prácticas negativas.

El Programa Santa María contemplaba como norma, que las comadronas refirieran a sus pacientes embarazadas por lo menos 3 veces al Puesto de Salud de la comunidad, para asegurar mejor calidad de atención prenatal; según el cuadro #9, todas las comadronas conocían dicha norma, pero únicamente el 30% de las mismas cumplen lo estipulado. Si comparamos las coberturas de control prenatal, podemos observar que para 1989 eran de 10.37%; durante el año de la intervención del Programa realizado en 1990, se duplicó dicha cobertura (28.80%), por lo que podemos inferir que la cobertura de los servicios institucionales en este caso la cobertura prenatal en el puesto de salud de Santa María de Jesús depende de las comadronas. De igual manera el control del Puerperio se incrementó a 800%.

Podemos observar que el conocimiento de las comadronas sobre el uso de indicadores de alto riesgo para la referencia hospitalaria es del 90%; sin embargo el 30% no están de acuerdo con dicha conducta por razones aún desconocidas. Si este grupo se convenciera de los beneficios, mejorarían los indicadores de mortalidad perinatal.

Analizando el cuadro #11, se puede observar que en el año del programa (1990), disminuyeron los riesgos obstétricos por los cuales las comadronas refirieron a sus pacientes al Hospital Departamental; esto puede explicarse por el aumento del control prenatal en el Puesto de Salud que proporciona mejor calidad de atención, en contraposición si las pacientes únicamente son evaluadas por las comadronas; además observamos en el cuadro #1 que durante ese mismo año disminuyó la mortalidad perinatal de 37.19 a 35.44 X 1000 nacidos vivos (ver cuadro #1).

Durante la intervención se les enseñó a las comadronas indicaciones de referencia al Hospital Departamental, algunos basados en la historia reproductiva y otros como signos de alarma durante el trabajo de parto; utilizando con mayor frecuencia estos últimos (ver cuadros 3, 4 y 5) por lo que en futuras oportunidades debe hacerse mayor énfasis a la historia reproductiva para evitar situaciones de emergencia y muerte; ya que usando los indicadores del embarazo actual, el tiempo para resolver el parto apropiadamente es muy corto, existiendo todavía factores no resueltos como la inaccesibilidad al Hospital, ya que este municipio no cuenta con transporte en horas inhábiles.

Observamos en el cuadro #3 la utilización de la variable edad como indicador según historia reproductiva, considerándose al grupo mayor de 35 años de alto riesgo. Según las normas era imperativo referir a estas pacientes al Hospital de Antigua. En 1989 fueron referidas de este grupo un 5% del total de pacientes de Santa María vistas en el Hospital departamental; en 1990, esta indicación fue más empleada, ya que casi una quinta parte (18%) de la totalidad era mayor de 35 años. En 1991, vuelve a disminuir al 7%.

Dentro de las indicaciones relativas de referencia por historia era la paridad mayor de 5. El comportamiento de esta variable durante los años 1989, 1990, 1991 mantienen un aumento escaso pero sostenido de 33%, 35% y 38% respectivamente.

Los indicadores durante el embarazo más utilizados en la referencia de pacientes obstétricas fueron: la primera causa, sufrimiento fetal agudo identificado por la salida de meconio durante el trabajo de parto, tuvo su disminución en 1990 a un 15% de las pacientes referidas, siendo en el año 1989 de un 24%. Vale la pena señalar que dicho signo disminuye un 10%, dato que concuerda con la mejor identificación del riesgo obstétrico. Durante el año 1991 se incrementa nuevamente a un 18%.

El segundo de los indicadores utilizados fue mala presentación fetal, ya que hasta en 1991 sufre un incremento del 100% comparado con el año 1989 que era del 8%.

Las pacientes con cesáreas previas en el año de 1989 fueron referidas al Hospital en un 2%. en 1990 se incrementa a un 9% y en 1991 disminuye nuevamente a 5%.

La muerte fetal definida por las comadronas como la disminución de movimientos fetales, es la cuarta indicación utilizada para la referencia, el cual se encontraba en un 6.66%, disminuyendo para 1991 a 1.8%.

Si comparamos las causas en general, de las pacientes de las pacientes referidas al hospital podemos observar que los partos de alto riesgo disminuyeron (ver cuadro #3). La resolución vía alta (por cesáreas segmentaria transperitoneal) se utilizó como medida urgente. Esta medida se incrementó en más de 100%, ya que en 1989 fueron resueltos a través de esa vía un 13% y en 1990 un 31%. Las causas o indicaciones de las cesáreas fueron por sufrimiento fetal y mala presentación (ver cuadro #6).

En lo que se refiere al uso de medicamentos en el embarazo, la capacitación impartida sugiere el uso de prenatales, las cuales serían proporcionadas por el Puesto de Salud. En el cuadro #10 vemos que el 100% de las comadronas conocen los beneficios de estos medicamentos y también los utilizan a pesar de que la totalidad de ellas aseguran la ausencia de dicho suplemento en el Puesto de Salud.

Dentro de los programas de promoción de atención primaria en salud se contemplan las enfermedades inmunoprevenibles; en el Programa Santa María se incluyó la promoción del control de tétanos neonatal, si analizamos el cuadro #13 observamos que las comadronas conocen dicho programa y tienen actitudes positivas hacia el en un 100%.

En cuanto a la calidad de atención en general, fue medida a través de las normas que establecía el Programa Santa María, en la que señalaba responsable de las personas referidas al Puesto de Salud a la Auxiliar de Enfermería; el 90% de las comadronas conocían la norma. Otra norma contemplaba que la Enfermera compartiría el examen físico y las experiencias con las comadronas; esta actividad fue tomada como práctica de atención encontrando que el 90% que las comadronas refieren que se realizó.

En cuanto a las actitudes de las comadronas hacia la atención del Puesto de Salud, consideran en un 100% de ellas que ésta es de mala calidad. Por lo anterior, se contempló en la entrevista realizada las actitudes y opiniones de las comadronas para mejorar la calidad de atención de sus partos (ver cuadro #14). Observamos aspectos como mejorar la

información, en donde únicamente el 20% están dispuestas a responsabilizarse; caso contrario ocurre en la implementación de equipo, ya que el 100% de las comadronas están anuentes a recibirlo. Aspectos como la coordinación con el Puesto de Salud consideran a un 90% de las comadronas que puede mejorarse. En lo que se refiere a la realización de nuevos proyectos, sólo el 70% tienen actitudes positivas.

El manejo de la información es parte vital para todo proceso de toma de decisiones autoresponsables en los que vemos por los resultados antes señalados, que el grupo de comadronas no pretenda realizar una autogestión, sino depender de los lineamientos del Ministerio de Salud.

El seguimiento del Programa se llevaba a cabo a través de actividades del Puesto de Salud, entre ellas tenemos reuniones en coordinación con el INCAP, supervisiones de la atención del parto y colaboración del recién nacido, las cuales eran encargadas de velar por el bienestar del niño durante sus primeros 3 meses de vida. Cada una de estas actividades debió realizarse por lo menos una vez al mes. Podemos ver en la gráfica #3, que la mayoría de estas actividades están en el rango inferior que comprende menos de 3 actividades al año. Estas se realizaban en coordinación con el personal del INCAP, quien asesoraba técnicamente al Programa de Actualización, pero por razones de contratación este personal fue trasladado a otra comunidad, quedando responsables del seguimiento, el personal del Puesto de Salud.

IX. CONCLUSIONES

1. La tasa de mortalidad perinatal del año 1989 al 1991 disminuyó en un 4 x 1000 nacidos vivos.
2. La mortalidad mantenia en el municipio de Santa María de Jesús no presentó variación, pues no se registran casos en los años del estudio.
3. La cobertura de atención prenatal del Puesto de Salud aumenta por la implementación de las normas del Programa Santa María.
4. Con la mejor calidad de atención prenatal disminuyó la mortalidad perinatal y los partos de alto riesgo que fueron referidos al Hospital Nacional.
5. Las principales indicaciones de referencia al Hospital departamental fueron identificación de sufrimiento fetal y mala presentación, que son signos de urgencia y no preventivos.
6. La mayoría de las comadronas pertenecen al grupo étnico Cackchiquel.
7. El total de comadronas adiestradas tenían más de 5 años de experiencia en el momento de la capacitación de 1990. por lo que no se puede comparar, la actitud hacia nuevos programas en relación al tiempo de ejercicio.
8. Casi la totalidad de comadronas están comprendidas en el grupo de edad económicamente activa.
9. Las comadronas consideran la utilización de prenatales como una medida esencial durante el embarazo.
10. La referencia de pacientes al Puesto de Salud no depende de la existencia de medicamentos en el mismo.
11. Las comadronas consideran la calidad de atención, de acuerdo a las actitudes del personal del Puesto de Salud.
12. La participación de una ONG al inicio del Programa dió soporte estratégico.
13. La fase de seguimiento del Programa Santa María, que dependía del Personal del Puesto de Salud de la comunidad se realizó.

I. RECOMENDACIONES

1. Que haya un mejor control de la mortalidad perinatal, en el municipio de Santa María de Jesús.
2. Reforzar la calidad del Programa Materno-infantil, enfatizando en el control prenatal y en el cuidado del recién nacido en sus primeros tres meses de vida.
3. Elaborar una segunda fase del Programa Santa María, incluyendo personal responsable para su aplicación y supervisión.
4. Que las autoridades de salud se esfuercen por implementar en la comunidad de Santa María de Jesús, un lugar adecuado para que las comadronas atiendan los partos de sus pacientes (Maternidad Cantonal).
5. Deben realizarse estudios en la comunidad de Santa María de Jesús para medir actitudes de las comadronas y de las pacientes atendidas en cuanto a la calidad de atención del Puesto de Salud.
6. Que las autoridades de Salud Pública en la medida de lo posible, proporcionen materiales o equipo a las comadronas para mejorar la atención de sus partos.
7. Que este programa sea aplicado a otras comunidades similares a Santa María de Jesús, tomando en cuenta las recomendaciones anteriores.

XI. R E S U M E N

En el municipio de Santa María de Jesús, Sacatepéquez, se llevó a cabo la evaluación del Programa de Actualización de Comadronas, impartido en 1990 en dicha comunidad.

Para iniciar la investigación se pidió la colaboración del personal de salud de la Jefatura de Área de Sacatepéquez y a las 10 comadronas objeto de estudio.

Dentro del estudio, se pretendía medir la mortalidad perinatal y materna un año antes y uno después de la intervención, encontrando que la primera ha disminuido en un 4 x 1000 nacidos vivos; y la mortalidad materna durante los tres años evaluados fue de cero.

Otra variable medida fue la cobertura del control prenatal al Puesto de Salud de la localidad y la referencia de pacientes obstétricas al Hospital de Antigua, Guatemala; observando que aumentó de manera significativa el control materno, contribuyendo esto a disminuir las referencias con alto riesgo al Hospital Departamental.

Para medir los conocimientos, actitudes y prácticas de las comadronas con respecto al manejo de partos de alto riesgo se realizó una entrevista tomando como guía el instrumento M2. (ver anexo). Se observó que la mayoría de las comadronas tienen un conocimiento adecuado, pero sus actitudes no han cambiado.

El Programa Santa María no tuvo seguimiento, sin embargo los resultados obtenidos después de la intervención son satisfactorios, aunque no del todo, ya que las personas encargadas directamente del curso de actualización descuidaron la relación con las comadronas, por lo que éstas no cumplen con sus obligaciones.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. BADELL DE OCHOA, ELISA; VELEZ J., GONZALO. Actualización y desarrollo de proyectos modulares adaptables mediante la sistematización y evaluación de la programación funcional y el diseño arquitectónico. Téc. Hosp: 36(3/4): 17-22, Sept - dic. 1989.
2. CASTRO GUTIERREZ, ORLANDO. Evaluación financiera económica y social: Manual de análisis y evaluación de integración económica. 331 Pag. 1991.
3. ERRAZURIZ, MARGARITA MARIA. Taller de capacitación de proyectos de generación de ingresos para mujeres campesinas; aplicación de un manual de evaluación. Santiago de Chile: RAO. Oficina Regional para América Latina y el Caribe, -41 Pag. 13-15 abril 1988.
4. FERNANDEZ, CARLOS. Modelo de evaluación de proyectos de investigación y desarrollo tecnológico. Programa de Entrenamiento en evaluación y movilización de tecnología para el desarrollo costarricense: CONARE; INCIECA; Universidad de Costa Rica; OEA, Banco Mundial. 220: 1-37. 1980.
5. FUENTES, S.A. Metodología y conceptos para la evaluación de Programas de salud y nutrición. Universidad de San Carlos, Colección textos Universitarios, Guatemala, 1989. Febrero. Vol. 3.
6. GALLARDO, LEONEL. Método de reflexión aplicado en la planificación de proyectos comunitarios de atención primaria en salud. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, 26 Pag. ilustradas, julio 1982.
7. GRUESO ORTEGA, REYNALDO. Informe de evaluación el proyecto regional de cooperación técnica. Guatemala; INCAE/OPS. --104 Pag. 1985.

8. CATALAN, ANGELICA MARIA. Evaluacion de la eficiencia de los servicios de salud en el área de Chiquimula. Tesis Médico y Cirujano. USAC, 1991.

9. HURTADO. E. Estudio de las características y prácticas de las comadronas tradicionales en una comunidad indígena de Guatemala. Etnomedicina en Guatemala. Guatemala CEFOL. USAC, 1984. 316 Pag.

10. LEMUS. SUSANA LIC. Guia para capacitación de comadronas, PROGRAMA SANTA MARIA, Jefatura de Area de Salud Sacatepéquez, Guatemala. 1990.

11. PEREZ MORALES, LEONEL ARIEL. Prácticas y creencias de las comadronas tradicionales del grupo Quiché sobre embarazo, parto y Puerperio. Facultad de Ciencias Médicas U.S.A.C. Tesis 1989.

12. REYES B., HUMBERTO. Como mejorar proyectos de investigación, un cable salvavidas de la investigación científica contemporánea. Revista Médica de Chile; 117 (3): 330-5, Marzo 1989.

13. VIGIL, J. A. Principales problemas que limitan la participación comunitaria Educación Médica en Salud; 16 (3): 404-16. 1982.

14. VILLATORO, E. M. La medicina tradicional y los problemas de salud en Guatemala. La Tradición Popular. Centro de Estudios Folkloricos. USAC, 1983.

15. VILLATORO, E. M. La medicina tradicional y los problemas de salud en Guatemala, USAC, Facultad de Ciencias Médicas, Fase II, 1990. 15 Pag.

16. DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD. Programa para el adiestramiento de comadronas empiricas, revisión de 1978 a 1980. Nacimientos por área de salud y asistencia recibida. Anuario 1987.

17. RODRIGUEZ. H. BORIS. Atención del parto por comadronas adiestradas del área rural. Estudio prospectivo y comparativo entre la aldea Baranché, Tectonicapán y San Vicente. Tesis (Médico y Cirujano). USAC. Facultad de Ciencias Médicas. 1987.

18. GUIA PARA LA CAPACITACION DE COMADRONAS. Jefatura de Area de Sacatepéquez. P.p. 7. 1990.

19. TALLER LATINOAMERICANO DE INVESTIGACION APLICADA EN SALUD: Curso Básico. 3o., 1989, Antigua Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. USAC. 287 Pag.

XIII. ANEXOS

Salud, le explican como está el embarazo:

- Si _____ No _____
11. Es normal que el niño se haga popó dentro de la madre:
Si _____ No _____
12. Atiende usted el parto de una paciente con abundante hemorragia vaginal: Si _____ No _____
13. Atiende usted el parto si el niño está atravezado:
Si _____ No _____
14. Atiende usted el parto cuando el niño viene de pies o está -
sentado: Si _____ No _____
15. Si el niño se tarda mucho en nacer, le ayudaría con alguna me-
dicina: Si _____ No _____
16. A las pacientes que estan muy débiles les pone suero inyectado:
Si _____ No _____
17. Pesa usted el niño al nacer
Si _____ No _____
18. Refiere usted al recién nacido para que lo vacunen:
Si _____ No _____
19. Les gustaria llenar la boleta de defunción de los niños que
se mueren durante el parto:
Si _____ No _____
20. Le aconseja usted a la paciente embarazada ponerse la vacuna
contra el tétano: Si _____ No _____
21. Se evita el tétano en el recién nacido cortando el ombligo -
con una tijera estéril:
Si _____ No _____
22. Subraye que le gustaria a usted que el Ministerio de Salud -
le proporcionara: .Tijeras ___ Guantes ___ Balanza ___
.Cintas de castilla ___ Pinzas ___
23. Se comprometería usted a mantener limpio el equipo:
Si _____ No _____
24. Cree usted que la casa de las pacientes es el lugar apropia-
do para atender el parto
Si _____ No _____

25. Cree usted que sus pacientes les gustaría ser atendidas en un lugar especial:

Si _____ No _____

26. Durante la capacitación alguien del Puesto de Salud participó con ustedes: Si _____ No _____

27. Quien era la encargada del Puesto de Salud para continuar las reuniones con las comadronas:

Si _____ No _____

28. Se reunieron con la persona encargada después de la intervención del Programa Santa María:

Si _____ No _____ Cuantas veces _____

29. Supervisaron su trabajo después de la capacitación

Si _____ No _____ Cuantas Veces _____

30. Cuando usted atendió partos después de la capacitación tuvo la colaboración de la madrina del recién nacido

Si _____ No _____

INSTRUMENTO V₂

AÑO	Número de nacimientos	Número de defunciones	Mortinatos	Muertos menores de 28 días
	E F M A M J J A S O N D	E F M A M J J A S O N D		
1989				
1990				
1991				
1992				