

Reducción de la mortalidad materna, dentro del marco del Programa Conjunto de San Marcos (PC-SM)

Guatemala, diciembre de 2013

OPS
MT
R43
2013



Reducción de la mortalidad materna, dentro del marco del Programa Conjunto de San Marcos (PC-SM)

Guatemala, diciembre de 2013



Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS, Representación Guatemala -
Catalogación en la fuente

Reducción de la mortalidad materna, dentro del marco del Programa Conjunto de San Marcos (PC-SM)

1. Condiciones de salud
2. Indicadores de salud
3. Mortalidad materna
4. San Marcos, Guatemala
5. Tacaná, San Marcos (Guatemala)
6. Tajuculco, San Marcos (Guatemala)
7. Ixchiguán, San Marcos (Guatemala)
8. Sibinal, San Marcos (Guatemala)
9. San José Ojetenam, San Marcos (Guatemala)
10. Cooperación técnica
11. Desarrollo rural

Guatemala, 2014

ISBN: 978-9929-598-06-5

© Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) Representación Guatemala.

En colaboración con:

Programa Conjunto (PC-SM) de cooperación del Sistema de Naciones Unidas (SNU), el Gobierno de Suecia y el Gobierno de Guatemala.

Diseño por: OPS/OMS Guatemala

ÍNDICE



I.	Presentación	7
II.	Análisis de la mortalidad materna en cinco municipios y el departamento de San Marcos	11
III.	Intervenciones y estrategias desarrolladas para la reducción de la mortalidad materna	23
IV.	Inversión del PC-SM para el abordaje de la reducción de la mortalidad materna	41
V.	Conclusiones	45
	Anexos	51

Acrónimos

AGOG	Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala
ADISS	Asociación de Desarrollo Integral Sostenible para la Salud
ASOPREDE	Asociación de Proyectos de Desarrollo
CAP	Centro de Atención Permanente
CAIMI	Centro Atención Integral Materno Infantil
COMUDES	Comisión Municipal de Salud
DAS	Dirección de Área de Salud
ECO	Estudios de Cooperación de Occidente
ENMM 2007	Estudio Nacional de la Muerte Materna, 2007
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
INE	Instituto Nacional de Estadística
IRAS	Infecciones Respiratorias Agudas
ITS	Infección de Transmisión Sexual
IVAA	Inspección Visual con Ácido Acético
MATEP	Manejo Activo del Tercer Estadio del Parto
MM	Mortalidad Materna
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
NV	Nacidos Vivos
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
PC	Proyecto Conjunto
PC-SM	Proyecto Conjunto-San Marcos
PNSR	Programa Nacional de Salud Reproductiva
PNSR/MSPAS	Programa Nacional de Salud Reproductiva/Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
RMM	Razón de Mortalidad Materna
RR	Riesgo Relativo
SEGEPLAN	Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia
s/FC	Sin Factor de Corrección
c/FC	Con Factor de Corrección
UNDAF	United Nations Development Assistance Framework (Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo)



I. Presentación



FOTO: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala



II.

Análisis de la mortalidad
materna en cinco
municipios y
el departamento de
San Marcos



FOTO: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala

Análisis de la mortalidad materna en cinco municipios y el departamento de San Marcos

Para analizar el comportamiento de la mortalidad materna durante el período 2008-2012, en cinco municipios de San Marcos, se utilizó la información proporcionada por los responsables sanitarios de los municipios y las autoridades del área de salud de San Marcos. El año 2012 fue el momento donde se implementó el PC-SM y las intervenciones específicas para abordar la reducción del problema de muertes maternas.

La Razón de la Muerte Materna (RMM) muestra una tendencia descendente en la mayoría de los municipios involucrados dentro del lapso estudiado, pero es en el año 2012 que se observa un notorio descenso promedio de la RMM de los cinco municipios, llegando a su cifra más baja: 89.4 x 100,000 nacidos vivos (ver tabla 1).

El comportamiento de las RMM no es homogéneo en los cinco municipios, debido seguramente a las diferentes condiciones y determinantes sociales, geográficas, económicas, étnicas y de accesibilidad a servicios de salud, que existen en cada municipio. Sin embargo, parecería que el factor geográfico y el acceso rápido a los servicios de salud con capacidad resolutoria, juegan un papel muy importante para determinar la mortalidad materna de un municipio. Por ejemplo, en San José Ojetenam, con solamente un 10% de población indígena y 67% de población rural, pero uno de los municipios más alejados geográficamente y con menos acceso al Centro de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI) de Ixchiguán, muestra una RMM promedio para el período de 409.5. En cambio Ixchiguán, un municipio con 90% de población indígena y 98% de población rural, presentó una RMM promedio de 131.1, siendo este municipio bastante accesible geográficamente y además, cuenta con el único CAIMI de la región.

Si se analiza el número absoluto de muertes maternas para el período (48) entre los cinco municipios, se observa un comportamiento heterogéneo pero que parece confirmar que el acceso a los servicios de salud puede hacer la diferencia entre la vida y la muerte de estas madres. Por ejemplo, en Ixchiguán ocurrieron únicamente cuatro muertes maternas en esos cinco años, versus once muertes maternas en San José Ojetenam (tabla 1).

El comportamiento de las muertes maternas en conjunto para los cinco municipios, muestra variaciones en el tiempo, siendo el año 2010 el de mayor número de muertes (18) frente a únicamente cinco muertes maternas en el año 2012.

Si bien en el 2012 se reportan muertes maternas en tres municipios del PC (San José Ojetenam, Tajumulco y Tacaná) hay que resaltar que el énfasis del PC-SM se hizo en las familias y mujeres de 56 comunidades de estos cinco municipios y en ninguna de esas comunidades se registraron muertes maternas durante el año 2012 y tampoco las hubo hasta el momento de elaborar este informe, en octubre de 2013.

En resumen, se observó una reducción marcada de la mortalidad materna en los cinco municipios en general y un impacto de cero muertes maternas en las 56 comunidades específicas del PC-SM.

Tabla 1. Consolidado de casos de muerte materna en cinco municipios del departamento de San Marcos con intervención del Programa Conjunto (PC), período 2008-2012

AÑO	2008			2009			2010			2011			2012			Total		
	# MM	# NV	RMM	# MM	# NV	RMM	# MM	# NV	RMM	# MM	# NV	RMM	# MM	# NV	RMM	# MM	# NV	RMM
Ixchiguán	0	ND	ND	0	838	0	4	803	477	0	807	0	0	604	0	4	3052	131.1
Sibinal	1	559	179	0	616	0	1	673	149	0	558	0	0	543	0	2	2949	67.8
S José Ojetenam	4	ND	ND	0	709	0	4	667	600	1	668	149.7	2	642	312	11	2686	409.5
Tacaná	4	ND	ND	3	1727	174	4	1503	266	6	1918	312.8	1	2332	42.9	18	7480	204.6
Tajumulco	2	ND	ND	2	1163	172	5	1006	497	2	1049	190.7	2	1470	136	13	4688	277.3
TOTAL	11			5	5053	98.9	18	4652	386	9	5000	180	5	5591	89.4	48	20855	230.1

Con el propósito de comparar el comportamiento de las muertes materna, se seleccionaron otros cinco municipios que no eran beneficiados por el PC-SM.

Los cinco municipios ajenos al PC fueron seleccionados por las siguientes razones:

- ◇ San Miguel Ixtahuacán: por ser un municipio que cuenta con una infraestructura totalmente renovada en su establecimiento de salud. Sin embargo, su RMM ha ido en aumento hasta alcanzar una RMM de 326.5 x 100,000 nacidos vivos en el 2012.
- ◇ San Pablo: el centro de salud de este municipio fue el primer establecimiento acreditado por el MSPAS en el país en el año 2002 por su desempeño de acuerdo con estándares preestablecidos.
- ◇ Tejutla: es un municipio vecino a Ixchiguán, pero no ha tenido intervención directa del PC.
- ◇ Concepción Tutuapa y Comitancillo: estos dos municipios ocupaban los puestos 12 y 36 respectivamente, de mayor mortalidad materna a nivel nacional y fueron los municipios con el mayor número de muertes maternas en el departamento de San Marcos en el año 2007.

El análisis de la tendencia de sus RMM mostró que el promedio para el conjunto de esos municipios en el período de cinco años, es de 230.7 x 100,000 nacidos vivos (tabla 2).

Esta RMM promedio es casi idéntica a la de los municipios del PC-SM (230.1) lo que indica que las condiciones y determinantes son muy similares en todos estos municipios. Sin embargo, para el año 2012, la RMM promedio para los cinco municipios ajenos al PC fue de 178 x 100,000 nacidos vivos, siendo casi el doble a la mostrada en los municipios del PC para ese año (89.4).

Tabla 2. Consolidado de casos de muerte materna en cinco municipios de San Marcos ajenos al Programa Conjunto (PC), período 2008-2012

AÑO	2008			2009			2010			2011			2012			Total		
	#MM	#NV	RMM	#MM	#NV	RMM	#MM	#NV	RMM	#MM	#NV	RMM	#MM	#NV	RMM	#MM	#NV	RMM
MUNICIPIOS																		
S. M. Ixchiguán	0	ND	ND	1	1669	59.9	0	1606	0	3	1452	206.6	4	1225	327	8	5952	134.4
San Pablo	3	ND	ND	0	952	0	3	968	310	1	861	116.1	3	972	309	10	3753	266.5
Tejutla	3	ND	ND	1	863	116	2	886	226	1	771	129.7	2	1042	192	9	3562	252.7
Conc. Tutuapa	3	ND	ND	5	1571	318	3	1918	156	3	ND	ND	3	2369	127	17	5858	290.2
Comitancillo	3	ND	ND	2	2135	93.7	4	2098	191	4	ND	ND	2	2217	90.2	15	6450	232.6
TOTAL	12	ND	ND	9	7190	125.1	12	7476	161	12	3084	389.1	14	7825	178	59	25575	230.7

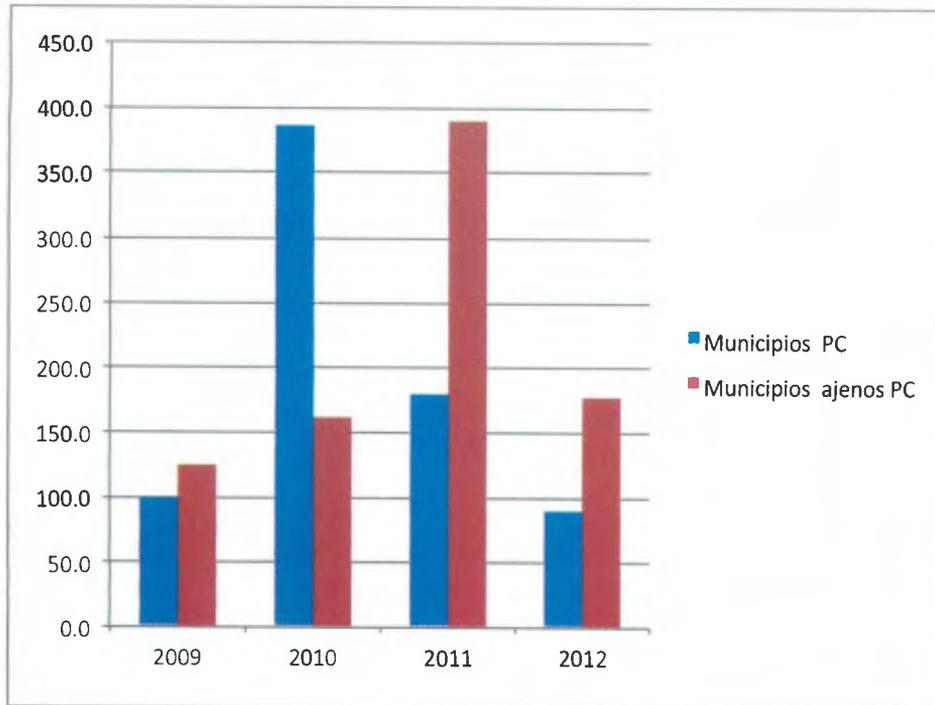
En el período de estudio hubo 59 muertes maternas en los cinco municipios ajenos al PC, versus 48 muertes en los municipios del PC. Si bien la cifra es superior, puede no ser significativa, pero en el año 2012, cuando se implementó el PC, las muertes maternas de los municipios ajenos al PC fueron catorce, en comparación con solamente cinco muertes maternas en los municipios del PC. De hecho, en el año 2102, fue donde se registró el mayor número de muertes maternas en el grupo de municipios ajenos al PC.

En resumen, el número absoluto de muertes maternas de los municipios ajenos al PC en el 2012, es 2.8 veces mayor a la de los municipios del PC y su RMM promedio es dos veces superior a la de los municipios del PC (tabla 3 y gráfico 1).

Tabla 3. Razón de Mortalidad Materna (RMM) en dos grupos de municipios seleccionados del Departamento de San Marcos, período 2008-2012

2008		2009		2010		2011		2012											
Programa Conjunto (PC)	Ajenos al Programa Conjunto	Programa Conjunto (PC)	Ajenos al Programa Conjunto	Programa Conjunto (PC)	Ajenos al Programa Conjunto	Programa Conjunto (PC)	Ajenos al Programa Conjunto	Programa Conjunto (PC)	Ajenos al Programa Conjunto										
Municipio	RMM																		
Ixchiguán	ND	S Miguel I.	ND	Ixchiguán	0	S Miguel I.	60	Ixchiguán	477	S Miguel I.	0	Ixchiguán	0	S Miguel I.	207	Ixchiguán	0	S Miguel I.	326
Sibinal	179	San Pablo	ND	Sibinal	0	San Pablo	0	Sibinal	149	San Pablo	310	Sibinal	0	San Pablo	116	Sibinal	0	San Pablo	309
S. J. Ojet.	ND	Tejutla	ND	S. J. Ojet.	0	Tejutla	116	S. J. Ojet.	600	Tejutla	226	S. J. Ojet.	150	Tejutla	130	S. J. Ojet.	311	Tejutla	192
Tacaná	ND	Con. Tutua.	ND	Tacaná	174	Con. Tutua.	318	Tacaná	266	Con. Tutua.	318	Tacaná	313	Con. Tutua.	ND	Tacaná	43	Con. Tutua.	127
Tajumul	ND	Comitanc.	ND	Tajumul	172	Comitanc.	94	Tajumul	497	Comitanc.	94	Tajumul	191	Comitanc.	ND	Tajumulco	136	Comitanc.	90
		Prom.		98.9	Prom.	125.1	Prom.	386	Prom.	161	Prom.	180	Prom.	389.1	Prom.	89.4	Prom.	178	

Gráfico 1. RMM comparada por municipios de PC vs municipios ajenos al PC



El análisis de las causas de muertes maternas entre los dos grupos de municipios, no muestra diferencias significativas, siendo la hemorragia obstétrica la primera causa básica de mortalidad materna, representando más de la mitad de todos los casos. Esta situación indica que el momento del parto y posparto inmediato son claves para actuar si se quiere reducir este problema.

Los trastornos hipertensivos durante el embarazo y la infección posparto se alternan entre la segunda y la tercera causa de muerte materna, pero en todo caso, ambas condiciones aportan cada una, aproximadamente la quinta parte de los casos (tabla 4 y gráfico 2).

Llama la atención que en estos municipios no se reportan casos atribuibles a causas indirectas de muerte materna. Seguramente, esto responde a problemas en la clasificación de la causa básica de muerte y esta situación se puede encontrar en la mayoría de las áreas de salud del país.

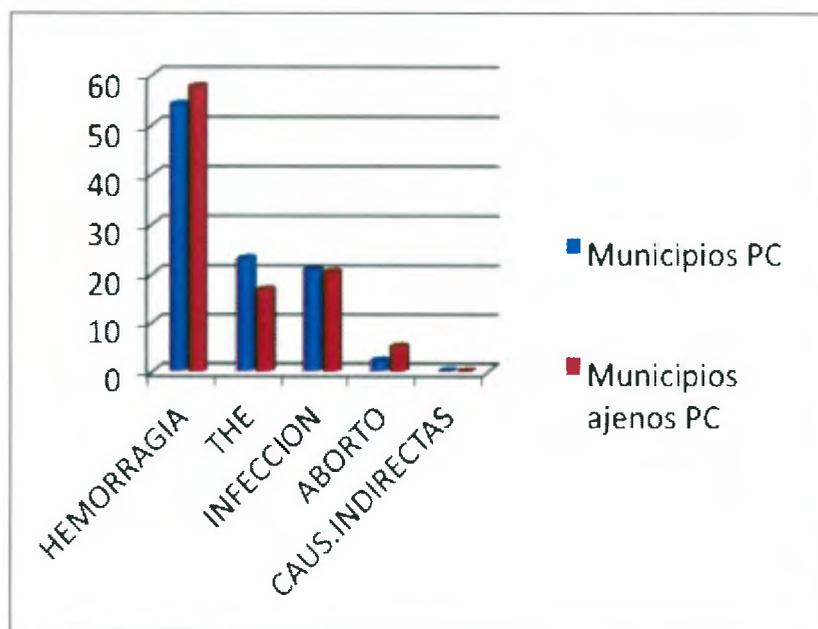
Este perfil de causas de muerte materna, que es común también para el departamento en su conjunto (tabla 5) orienta a la implementación de la atención calificada materno neonatal, como una intervención obligada si queremos reducir este problema.

Esta fue una de las intervenciones claves que desarrolló el PC en los cinco municipios seleccionados, a través de la capacitación del personal institucional y el equipamiento mínimo de los servicios de salud para fortalecer su capacidad resolutive.

Tabla 4. Causas básicas de muerte materna en cinco municipios del Programa Conjunto (PC) y cinco municipios ajenos al PC, en el departamento de San Marcos, periodo 2008-2012.

Causas básicas de muerte materna	Municipios del PC		Municipios ajenos al PC		TOTAL	
	# MM	%	# MM	%	# MM	%
Hemorragia obstétrica ¹	26	54.2	34	57.6	60	56.1
Trastornos hipertensivos durante el embarazo ²	11	22.9	10	16.9	21	19.6
Infección posparto ³	10	20.8	12	20.3	22	20.6
Aborto ⁴	1	2.1	3	5.1	4	3.7
Causas indirectas	0	0	0	0	0	0
TOTAL	48	100	59	100	107	100

Gráfico 2. Causas MM en municipios del PC vs. municipios ajenos al PC, en porcentajes



Incluye todas las condiciones que provocan hemorragia posparto (retención de placenta, atonía uterina, etc.) y hemorragia ante parto (placenta previa).

Incluye todas las formas de Trastornos Hipertensivos del Embarazo (THE) durante el embarazo y sus complicaciones (preeclampsia, eclampsia, síndrome de HELLP, etc.).

Incluye todas las formas de infección posparto, independientemente de la vía de resolución del mismo.

Incluye todas las complicaciones derivadas del aborto (hemorragia, infección).

Tabla 5. Causas básicas de muertes maternas en el departamento de San Marcos⁵, período 2008-2012

Causa básica de MM	Nº muertes maternas	Porcentaje
Hemorragia obstétrica	80	52.3%
Hipertensión arterial en el embarazo	34	22.2%
Infección post parto/sepsis	31	20.3%
Aborto	6	3.95%
Causa indirecta	1	0.65%
Sin registro de diagnóstico	1	0.65%
TOTAL	153	100%

Análisis de la mortalidad materna de San Marcos y su comparación con los departamentos de Huehuetenango y El Quiché, período 2007-2011

Para evidenciar si hubo una reducción de las muertes maternas a nivel de todo el departamento, se revisó la tendencia de las RMM de San Marcos y luego se comparó con otros dos departamentos vecinos: El Quiché y Huehuetenango.

San Marcos muestra una tendencia descendente de la mortalidad materna desde el año 2000 al 2012 pero con oscilaciones anuales, que son características de este indicador ya que es un evento poco frecuente (tabla 6).

El descenso entre el año 2000 y 2012, equivalente a un período de 13 años, ha sido de 25.6%, es decir, un 1.9% promedio anual. En el período de 2007 a 2012, la RMM de San Marcos descendió un 5.5%, es decir un promedio de 0.91% anual. La reducción observada entre el año 2011 y 2012 (año que se implementó el PC) fue de 15.6%.

Si bien el PC se implementó en cinco municipios, logrando reducir la mortalidad materna en éstos, este fenómeno también se reflejó en la reducción departamental de la RMM 2012. Hay que destacar que el PC también desarrolló intervenciones de capacitación para el personal institucional del 100% de los CAP y los dos hospitales del departamento, hecho que seguramente también impactó en el descenso de la RMM departamental.

Según la epidemióloga de la Dirección de Área de Salud (DAS) de San Marcos⁶, durante el año 2011 (año anterior al inicio del PC) los proveedores de servicios de salud del departamento recibieron capacitación sobre el “Código Rojo”, como herramienta para el manejo de la hemorragia obstétrica. Esta intervención fue fortalecida y mejorada durante el desarrollo del PC, explicando también la reducción de la mortalidad materna en el 2012.

Incluye a los 29 municipios del departamento.
Dra. Elisa Barrios, Epidemióloga de la DAS de San Marcos.
“Código Rojo”: Guía para el Manejo de la Hemorragia Obstétrica.

Tabla 6. Razón de Mortalidad Materna (RMM) en el departamento de San Marcos, período 2000–2012

Año	muertes maternas	nacidos vivos	RMM
2000 ⁸	47	34,875	134.8
2007 ⁹	32	30,171	106.1
2008	28	ND	ND
2009	22	26,201	83.9
2010	44	23,063	190.8
2011	31	26,074	118.9
2012	28	27,917	100.3

El comportamiento de la mortalidad materna de San Marcos durante el período 2008-2011, se comparó con las tendencias de los departamentos de Huehuetenango y El Quiché, quienes en conjunto concentran el 30.6% de las muertes maternas en Guatemala (tabla 7).

Estos dos departamentos comparten las mismas condiciones sociales, económicas y culturales de San Marcos, siendo los tres departamentos del altiplano guatemalteco con predominio de población indígena, rural y pobre.

Los departamentos de Huehuetenango y El Quiché han presentado históricamente RMM más elevadas que San Marcos y durante el período 2007-2011, también se observó este fenómeno.

En San Marcos se hizo el análisis de su RMM con los datos rutinarios y también aplicando el factor de corrección (1.68) del subregistro, que se calculó en el estudio de la mortalidad materna del año 2007 y aún así su RMM es sensiblemente inferior a las de los otros dos departamentos. No se incluyó el año 2012 en el análisis, porque al momento del estudio no se contaba con los datos oficiales de la mortalidad materna en los departamentos de El Quiché y Huehuetenango.

Entre las causas que se consideran pueden contribuir a la alta RMM en El Quiché y Huehuetenango, está la baja disponibilidad de servicios de salud del segundo nivel¹⁰. Acceder a cuidados obstétricos esenciales durante el parto es una de las intervenciones más importantes para disminuir la mortalidad materna y es un derecho humano que todas las mujeres tengan acceso a una asistencia profesional durante el parto. Esta estrategia fue implementada en los cinco municipios del PC-San Marcos durante el 2012, buscando una mayor demanda del parto institucional en los Centros de Atención Permanente (CAP), CAIMI y hospitales locales.

Para garantizar el acceso a un parto calificado es necesario que este ocurra en un lugar apto para el mismo. En San Marcos un 36% son atendidos por médicos, en comparación, esto ocurre en menos del 30% en Huehuetenango y El Quiché (tabla 8). También la atención del parto a nivel de hospitales públicos y privados es mayor en San Marcos, favoreciendo un descenso en la morbilidad y mortalidad maternas (tabla 9). Comparativamente, tanto en Huehuetenango como en El Quiché, cerca del 70% de los partos son atendidos por comadronas.

Informe de línea basal de mortalidad materna, Guatemala 2000. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Salud Reproductiva.

Estudio de mortalidad materna 2007. Guatemala, Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia de la República (SEGEPLAN), Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

Se considera que los servicios de segundo nivel adecuados para la atención prenatal y el parto son los Centros de Atención Permanente (CAP) y los Centros de Atención Materno Infantil (CAIMI).

El análisis de las principales causas de muerte materna en los tres departamentos muestra que las hemorragias (50% de las causas de muerte materna en el país) son la primera causa porcentual en todos, sin embargo ese porcentaje es sensiblemente inferior en San Marcos y lo mismo sucede con el porcentaje de muertes por trastornos hipertensivos (tabla 10).

Esta situación puede ser el reflejo de las capacitaciones sobre atención calificada materna neonatal y código rojo, que se han desarrollado en este departamento y que se fortalecieron en calidad y cantidad durante el año 2012 a través del PC.

Teniendo en cuenta que las intervenciones para reducir la mortalidad materna no son complicadas y la mayoría pueden ser aplicables a nivel local, el PC-San Marcos orientó sus acciones en los diferentes niveles de atención, con participación de personal profesional entrenado. Paralelamente, se trabajó en el escenario comunitario, buscando crear una red efectiva de identificación y traslado de las mujeres que lo necesiten y buscando una mayor demanda de servicios institucionales para atender el parto.

El PC fortaleció los servicios de salud de los cinco municipios de San Marcos, en especial los CAP y el CAIMI, para comenzar a cerrar la brecha y brindar cuidados prenatales completos, oportunos y de calidad, así como brindar atención del parto institucional y la prevención de la hemorragia obstétrica (esto podría reducir entre el 40% y 60% las muertes maternas).

Tabla 7. Razón de Mortalidad Materna (RMM) en Huehuetenango, El Quiché y San Marcos, 2007-2011

Departamento	2007*	2008**	2009**	2010**	2011**
Huehuetenango	226	246	293	340	256
Quiché	196	299	298	381	314
San Marcos s/FC	106		83.9***	109.8***	118.9***
San Marcos c/FC		n/d	140.9****	184.5****	199.8****

* Fuente 2007: Estudio de mortalidad materna 2007, MSPAS y SEGEPLAN.

** Fuente 2008-2011: Cálculos propios en base a estadísticas vitales, INE. Se aplicó el factor de corrección de ENMM 2007.

***: Fuente: Datos vigilancia epidemiológica DAS San Marcos, sin factor de corrección.

**** Fuente: Cálculos propios, aplicando factor de corrección departamental, determinado en el estudio del 2007 (1.68).

**Tabla 8. San Marcos, Huehuetenango y El Quiché, 2011
Tipo de asistencia durante el parto**

Departamentos	Médica	Comadrona	Empírica	Paramédica	Ninguna	Total
San Marcos	35.6	42.5	7.4	0.1	14.4	100
Huehuetenango	28.3	67.5	2.5	0.2	1.5	100
Quiché	28.5	67.5	3.6	0.2	0.2	100

Fuente: Cálculos propios con base en las Estadísticas Vitales, INE 2011.

Tabla 9. San Marcos, Huehuetenango y El Quiché, 2011
Lugar de ocurrencia del parto

Departamento	Hospital público	Hospital privado	Centro de salud	IGSS	Domicilio
San Marcos	23.4	6.1	5.2	0.6	62.8
Huehuetenango	15.9	7	4.6	0.1	68.5
Quiché	16.8	1.9	9.2	0.6	70.1

Fuente: Cálculos propios con base en las estadísticas vitales, INE 2011.

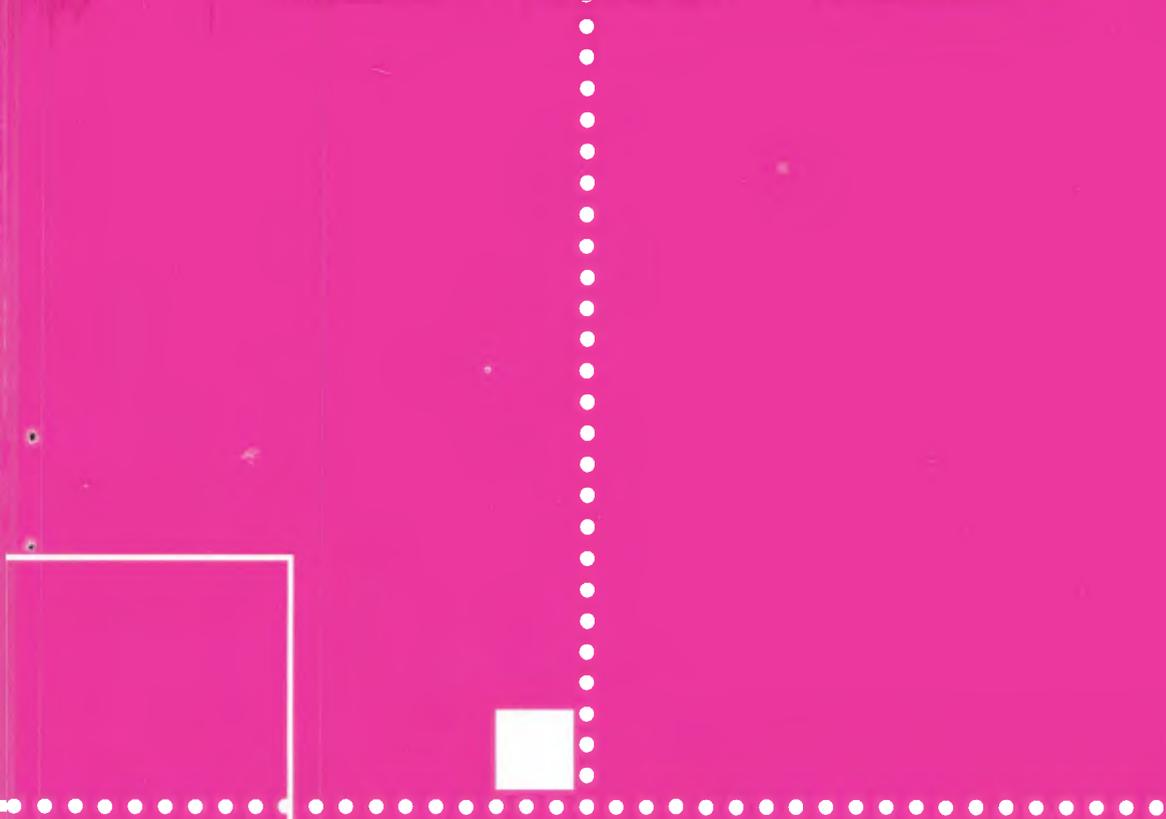
Tabla 10. San Marcos, Huehuetenango y El Quiché, 2011.
Principales causas de mortalidad materna.

Causas de mortalidad materna	San Marcos	Huehuetenango	El Quiché
Hemorragia post-parto	23.1	37.9	35.9
Aborto	23.1	8.6	0
Trastornos hipertensivos	11.5	25.9	20.5
Atonía uterina	11.5	10.3	10.3
Sepsis	0	1.7	10.3
Ruptura uterina durante el parto	0	5.2	2.6

Fuente: Cálculos propios con base en las estadísticas vitales, INE 2011.



FOTO: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala



III.

Intervenciones
y estrategias
desarrolladas

para la reducción de la
mortalidad materna



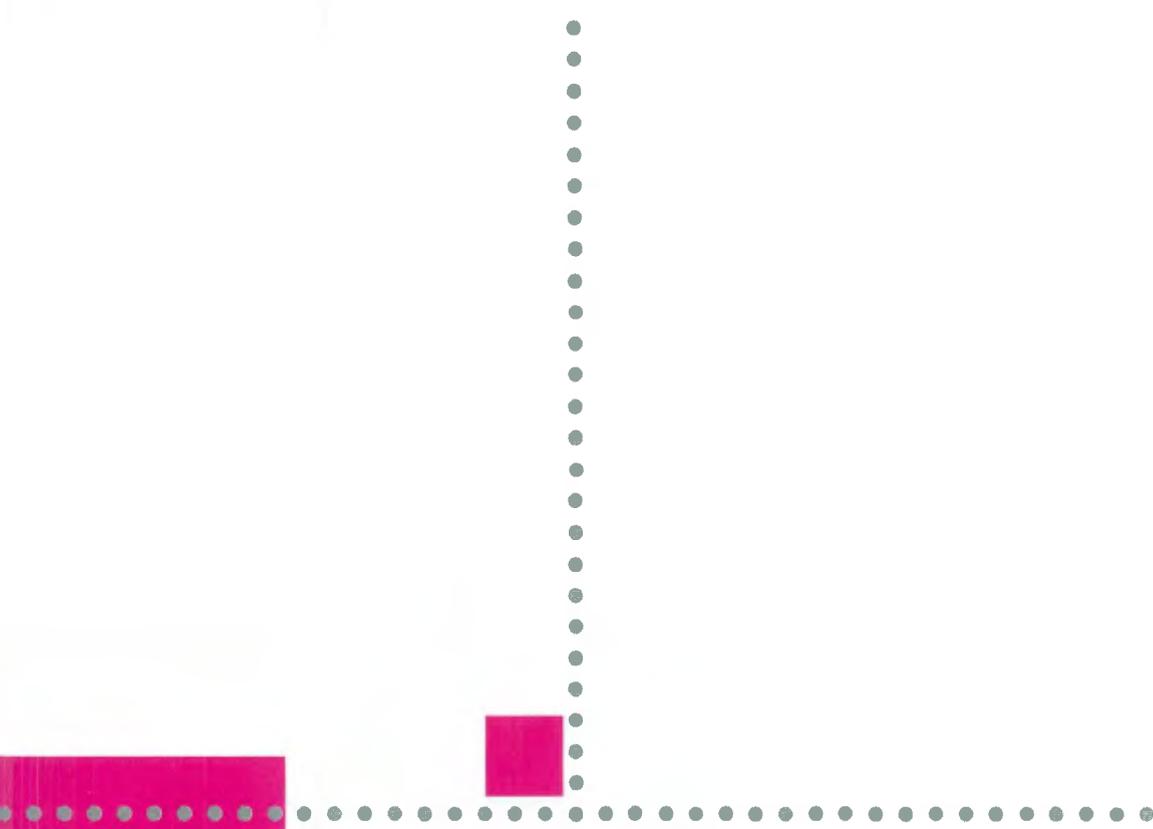


FOTO: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala

Este capítulo está integrado por dos secciones. La primera, contiene las intervenciones y estrategias desarrolladas para la reducción de la mortalidad materna en los cinco municipios del PC en el departamento de San Marcos durante el 2012. En la segunda se presentan las brechas y necesidades identificadas para lograr el objetivo de provocar impacto en la reducción de la mortalidad materna. Cada una de las secciones se subdivide en lo realizado y planteado para: a) los servicios de salud y b) las comunidades.



FOTO: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala



Sección 1

Intervenciones y estrategias desarrolladas para la reducción de la mortalidad materna en cinco municipios del PC-SM durante el 2012



FOTO: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala

En los servicios de salud:

- A finales del 2011 e inicios del 2012 se realizó el diagnóstico de red de servicios de salud de los cinco municipios, orientado a la identificación de brechas en recurso humano, infraestructura y equipamiento. Se identificaron tres tipos de brechas: i) competencia técnica del personal, ii) infraestructura y iii) equipamiento. La necesidad urgente de capacitación del personal en temas materno-neonatales, fue solucionada capacitando a 110 personas pertenecientes a los servicios de salud de los cinco municipios.
- En marzo de 2012 se comenzaron las **capacitaciones en las guías de atención calificada del PNSR/MSPAS** al 100% de los proveedores de servicios de salud de los dos hospitales (San Marcos y Malacatán) y del personal de los cinco CAP y el CAIMI de Ixchiguán. Se incluyeron médicos generales y enfermeras profesionales, capacitando en atención calificada del parto y las emergencias obstétricas y neonatales. Para esta actividad y debido a la falta de recurso humano existente en ese momento en el PNSR, se contrataron ginecólogos de la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala (AGOG) y pediatras de la Asociación Pediátrica para desarrollar estas capacitaciones, en coordinación con los responsables del Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Se utilizó material y presentaciones de la normativa nacional vigente del MSPAS.
- Desde el año 2011, la DAS de San Marcos inició la implementación de la estrategia del **“Código Rojo”**¹¹ para el manejo de la hemorragia posparto en los establecimientos de salud, lo cual ayudó y complementó la capacitación en las guías nacionales de atención calificada. Esta estrategia fue fortalecida en cantidad y calidad a través del PC-SM, elaborando el material técnico y los afiches clínicos que se utilizan en los servicios de salud.
- Se mejoró el acceso a la atención en salud de mujeres y neonatos al ampliar a 24 horas el horario de atención de los Centros de Atención Permanente (CAP) en Tacaná, Tajumulco, Sibinal, San José Ojetenam y el Centro de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI) de Ixchiguán, que le da acceso al 100% de la población que habita en los cinco municipios.
- Se comenzó la implementación de 56 unidades de vigilancia en nutrición (una por comunidad). Por lo que 2,011 familias, mejoraron sus conocimientos en salud materno-neonatal, salud preventiva y nutrición.
- Entre abril y julio de 2012 se realizó la identificación de los terapeutas mayas existentes a nivel local, identificando a 81 terapeutas. Los mismos fueron caracterizados a través de entrevistas, identificando su lugar de residencia y la especialidad a la que se dedican, encontrando que hay curadores de niños, hueseros, sobadores, curadores de ojo, de susto, de mujeres (comadronas) y consejeras (ancianas). Se retroalimentó la información a la comunidad y servicios de salud y se realizaron talleres de entrega de resultados, donde participaron los cinco jefes de distrito de salud del ámbito del PC, autoridades de la jefatura del área de salud, representantes comunitarios, de municipalidades y de terapeutas mayas de los cinco municipios, así como la asesora ministerial para el tema de pueblos indígenas del MSPAS. Esta actividad permitió la articulación de terapeutas con personal de los servicios de salud. Muchos de estos terapeutas se

¹¹ Código Rojo: Manual de Código Rojo, para el manejo de la hemorragia obstétrica, MSPAS.

están vinculando a los servicios oficiales de salud para brindar atención mejorada con pertinencia cultural y 49 de ellos han recibido seguimiento personalizado en mejoramiento de la atención de niños y embarazadas.

- Se establece un mejor relacionamiento entre los proveedores de servicios de salud de los diferentes niveles de atención a través de las capacitaciones, que se convierten en un espacio oportuno para estrechar la comunicación entre ellos. Se enfatizó que ante la necesidad del traslado de una mujer con complicaciones, la comunicación entre referentes y receptores debe ser fluida, oportuna y eficiente. Quienes refieren inician el manejo de manera inmediata de acuerdo a sus posibilidades y quienes reciben, están preparados para el tratamiento definitivo.
- La implementación de prácticas culturalmente aceptadas en la atención del parto dentro de los CAP, entre las que se incluyen:
 1. La presencia de las comadronas en el parto, si así lo desea la embarazada. El coordinador de salud del municipio les ha informado a las comadronas que ellas pueden asistir al CAP e inclusive atender el parto, quedando el personal institucional a la expectativa de intervenir únicamente en caso de alguna complicación.
 2. El acompañamiento de la embarazada dentro del CAP por algún familiar o persona que ella desee.
 3. La administración de líquidos por vía oral a las parturientas durante el trabajo de parto.
 4. La deambulación de la mujer dentro del establecimiento durante el trabajo de parto, si así lo desea o se siente más cómoda.
 5. La atención del parto en la posición que la parturienta lo desee, incluyendo la posición vertical.
 6. Alimentación proporcionada por la familia a la mujer en el período posparto inmediato.
- La disponibilidad de ambulancia las 24 horas del día, para poder trasladar a mujeres que presentan complicaciones obstétricas a un establecimiento de mayor capacidad resolutive. La limitante en este aspecto, es la necesidad de que los familiares de la mujer que necesita ser trasladada deben aportar el costo del combustible de la ambulancia. Parte de estas necesidades son previstas en los planes de parto y planes de emergencia comunitarios, que promueven y enseñan los educadores locales.
- La satisfacción de las usuarias, a quienes se les ha atendido su parto en los CAP, ha sido divulgada por ellas mismas en las comunidades, lo que ha ido generando mayor confianza entre la población para acudir a los establecimientos de salud, verificable al revisar las estadísticas sobre el número de partos atendidos, el cual ha ido en aumento desde el inicio de sus actividades como tales.
- El liderazgo que ejercen algunos coordinadores de salud de distrito (directores de CAP) en su relacionamiento con las autoridades locales (municipales), con quienes se ha generado apoyos para la adquisición de equipo médico y ampliación de la infraestructura existente, para poder brindar un espacio específico a las actividades de atención del parto y los recién nacidos.

- El CAIMI de Ixchiguán apoyó la capacitación de comadronas para la detección de señales de peligro que les permite referir oportunamente a las embarazadas a ese centro.
- La oferta del examen de ultrasonido obstétrico en el CAIMI de Ixchiguán a todas las embarazadas durante su control prenatal, se ha convertido en un incentivo para las mujeres a demandar la atención en dicho establecimiento.
- En el CAIMI de Ixchiguán, el establecimiento de mayor capacidad resolutive y centro de referencia más inmediato de los cinco municipios del PC, se ha utilizado desde el año 2008 la metodología de auditorías en el cumplimiento de estándares de atención de acuerdo con las normas y guías establecidas por el MSPAS¹², mediante la cual los mismos proveedores de servicios del establecimiento evalúan su cumplimiento de manera rutinaria. Los hallazgos de incumplimiento les permiten elaborar planes de acción para el cierre de brechas y con ello han logrado un mejor apego a los protocolos de manejo del parto normal y de las complicaciones maternas y neonatales. Sobresale su énfasis en los cuidados durante el trabajo de parto mediante el uso correcto del partograma, la aplicación del Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto (MATEP), los cuidados del puerperio inmediato (primeras dos horas post parto) y los cuidados rutinarios neonatales, intervenciones que fueron reforzadas por las capacitaciones dentro del PC-SM.

En las comunidades

- **Implementación de la propuesta de educación y consejería comunitaria del Programa Conjunto Sam Marcos (PC-SM)**

En mayo de 2012 se inició el trabajo a nivel comunitario en los cinco municipios, mediante la estrategia “Educación y consejería comunitaria” con el objetivo de reducir la mortalidad materna, cuyas dimensiones en el departamento de San Marcos eran importantes dentro del contexto nacional. El PC intervino en 56 comunidades de los cinco municipios, incluyendo 700 familias priorizadas, las cuales fueron seleccionadas por las autoridades municipales al inicio de las actividades.

Para esta estrategia, el MSPAS en coordinación con la OPS/OMS, a través del PC seleccionaron, contrataron y capacitaron a 10 educadores(as) comunitarios de salud (siete mujeres y tres hombres), para que desarrollaran temas priorizados como: salud materno infantil, nutrición, salud mental, derechos humanos, reducción de la violencia intrafamiliar y violencia basada en género, higiene personal y familiar. Para cada municipio fueron delegados dos educadores, quienes tenían a su cargo un promedio de seis comunidades cada uno.

Esta estrategia permitió que 2,617 familias de 56 comunidades, mejoraran su nivel de conocimientos sobre los derechos humanos en salud, acceso a los servicios de salud materno neonatales y cartera de servicios que brindan. Los educadores transfirieron dichos conocimientos a nivel comunitario y familiar. Asimismo, capacitaron a dos voluntarios locales por cada comunidad para que continuaran el trabajo, una vez que el PC dejara de funcionar. Esta intervención se priorizó en los grupos en mayor riesgo, mediante la visita de un educador a la comunidad al menos dos veces al mes, lo que permitió poder llevar un mensaje educativo al interior del hogar, con ética y respeto a la cultura local. Los educadores en salud fueron capacitados previamente por personal del MSPAS y de la OPS/OMS en temas como: atención mejorada en el área materna y neonatal, salud preventiva, nutrición,

derechos a la salud e higiene y violencia intrafamiliar basada en género.

Se dotó a los educadores de material didáctico, sencillo y duradero (rotafolios de vinil) para facilitar la formación y aprendizaje sistemático de conocimientos de las familias y comunidades atendidas.

La estrategia de la educación y consejería comunitaria toma en consideración que muchos de los programas que llevan servicios de salud a las comunidades fracasan, en gran medida por no haber llevado previamente un proceso formal de consejería y acompañamiento a nivel local que les permita a las personas, a las familias y a las comunidades, estar convencidas de realizar una acción porque les conviene. Muchos de los servicios (inmunizaciones, control prenatal, nutrición y planificación familiar) se ven como impuestos y sin mayor sentido para ellos, y muchas veces crean rechazo cuando se observan efectos secundarios derivados de las intervenciones realizadas en la población (Ej: fiebre, dolor en un niño tras la inoculación de una vacuna). Por lo tanto, el proceso explicativo serio, formal y periódico de los educadores conlleva un mejor entendimiento del porqué de las intervenciones tendientes a lograr un objetivo específico, en este caso, la reducción de la mortalidad materna.

El enfoque planteado para reducir la mortalidad materna local utilizó el “modelo de las cuatro demoras” establecido por el MSPAS, cuyo reconocimiento permite un abordaje integral de situaciones condicionantes y limitantes del acceso a la atención calificada ante una emergencia materna, potencialmente mortal. Por lo tanto, el trabajo a nivel comunitario estuvo enfocado en reducir las tres demoras comunitarias que provocan muertes maternas:

- Primera: falta de identificación de signos de peligro en las mujeres, sus familias y la comunidad.
- Segunda: demora en la toma de decisión de trasladar a la mujer embarazada al servicio.
- Tercera: ausencia o dificultad para encontrar un grupo humano y/o un medio de transporte para llevar a la mujer al servicio.
- Cuarta: demora en una atención oportuna y de calidad en los servicios de salud.

El proceso de educación y consejería permitió que las mujeres, las familias, las comadronas y las comunidades conocieran las demoras, especialmente las primeras tres, que tienen que ver con aspectos comunitarios y pudieran tomar decisiones y acciones apropiadas para evitar las muertes maternas.

Fue la figura del educador en salud comunitaria, quien transfirió los conocimientos a la población objetivo. La aceptación del educador de parte de la comunidad tiene mucho que ver con su perfil, ya que en su selección se tomó en cuenta su pertenencia a la etnia y cultura de la población objetivo, que vivieran en los mismos lugares de intervención, que hablaran el idioma local y que fueran maestros, con capacidad docente apropiada a los intereses comunitarios.

Nota: En marzo de 2013 se inició un proceso de sistematización de la metodología empleada para la educación comunitaria, a través de un trabajo de tesis de licenciatura en trabajo social, cuya investigación de carácter cualitativo fue denominada “Proceso metodológico de educación y consejería comunitaria para prevenir la mortalidad materna en cinco muni-

cipios de la cuenca de los ríos Coatán y Alto Suchiate del departamento de San Marcos”¹³. Esta sistematización de la metodología permitirá establecer aspectos relevantes del trabajo realizado con las mujeres, las comadronas y las comisiones de salud.

A través de las entrevistas realizadas, se ha podido determinar que las mujeres de las comunidades han ido adquiriendo **conocimiento sobre las señales de peligro durante el embarazo, el parto, el posparto y del recién nacido**. El material educativo utilizado por los educadores (rotafolios y afiches) contiene figuras de mujeres y su entorno que muestran las señales de peligro. Las láminas contienen títulos y descripciones escritas en español pero esto no es una barrera en el aprendizaje para las comunidades de idioma Mam, ya que la(o)s educadoras(es) explican el contenido de las mismas en el idioma local. Las figuras en ellas plasmadas son muy elocuentes y de fácil comprensión por las mujeres.

Como parte del proceso educativo, los educadores utilizan durante las capacitaciones **dinámicas de grupo**, mediante las cuales las mujeres aprenden gestos y señales corporales que identifican las señales de peligro que se pueden presentar en su organismo en un sentido céfalo caudal (dolor de cabeza, visión borrosa, dificultad para respirar, fiebre, dolor en “la boca del estómago” y hemorragia vaginal). Adicionalmente, se le entrega a cada mujer un afiche conteniendo figuras que explican las señales de peligro, el cual se llevan a su casa para colocarlo en una pared de su vivienda, y tenerlo a la vista a manera de recordatorio cotidiano de las señales de peligro, ante las cuales tienen que tomar una decisión importante. Se ha podido detectar que las mujeres platican con sus esposos y sus familiares y les cuentan lo aprendido en las capacitaciones, con lo cual, se logra una **transferencia de conocimientos a la familia**.

Sin embargo, hay que destacar que **la población expresa una inquietud generalizada**, relacionada a la respuesta desfavorable o poco adecuada que puedan recibir de parte de los proveedores de los servicios de salud. La población espera que los proveedores respondan a sus expectativas y no les brinden un mal trato al momento de acudir a los establecimientos en demanda de atención, por lo que las mismas mujeres han recomendado que se realicen procesos de capacitación y de sensibilización a los proveedores institucionales para que no les discriminen por su condición de indígenas pobres. Otra observación manifestada por las mujeres es el desabastecimiento de insumos y medicamentos en los establecimientos de salud, así como la precariedad en su equipamiento. Manifiestan que no tienen la capacidad de comprar medicamentos o pagar por un servicio privado de ultrasonido. Aducen que en los centros de salud “solamente les dan recetas para que compren medicamentos y les dan órdenes para hacerse examen privado de ultrasonido”.

Además de las capacitaciones que se realizan en sitios específicos (salón comunitario, escuela, casa de algún líder comunitario), los educadores utilizaron la estrategia de las **visitas domiciliarias** dos veces al mes, al 100% de mujeres embarazadas bajo la jurisdicción del PC, para lo cual desarrollaron una **sala situacional** que les permitió identificar a la totalidad de la población objetivo. En las visitas domiciliarias se les hace recordatorio de lo enseñado en las capacitaciones, poniendo énfasis en las señales de peligro y en la elaboración del **plan de emergencia familiar**, así como en el derecho a la salud de las mujeres, para que ellas sean capaces de decidir por sí mismas ante una situación de emergencia y no depender siempre de la decisión del esposo u otro familiar cuando están ausentes.

Las **comadronas** también asisten a las capacitaciones y conocen muy bien las señales

de peligro. Saben que ante cualquier emergencia tienen que coordinar con la **comisión de salud comunitaria** y que deben referir a un establecimiento de salud a la mujer con problemas, para poder brindarle la atención adecuada y evitar su muerte. Luego de capacitadas, las comadronas instan a las mujeres a asistir a los centros de salud para su atención, y fortalecen la consejería. Varias comadronas han expresado su satisfacción por haber sido capacitadas en el **uso de la cinta obstétrica comunitaria**, para la detección de inicio de trabajos de parto con úteros de tamaño pequeño o demasiado grande, lo que les permite referir a esas pacientes a los servicios de salud oportunamente. Se capacitaron 49 comadronas en temas de salud preventiva, nutrición y el conocimiento de los signos y señales de peligro e identificación de las cuatro demoras. Las comadronas están distribuidas en los cinco municipios del PC y han fortalecido su articulación con los distritos de salud municipal, a través un programa oficial de capacitación formulado desde cada distrito de salud.

Para poder realizar eficientemente su trabajo al identificar las señales de peligro, las comadronas necesitan del apoyo y del acompañamiento de las comisiones de salud comunitarias para el traslado de las embarazadas o puérperas ante una complicación obstétrica. Por esta razón, los educadores trabajaron con las comisiones de salud para que éstas conozcan el rol que deben jugar en la implementación del plan de emergencia comunitario, cómo deben actuar y cuáles son sus funciones. Hay que destacar que ante un trabajo voluntario como el que deben realizar las comisiones, no todos sus miembros se involucran de igual manera ni asumen el mismo compromiso, por lo que se debe fortalecer constantemente la capacitación sobre señales de peligro y las demoras en la atención materna a los miembros de las comisiones, para generar en ellos mayor conciencia y compromiso ante la salud de las mujeres. El reconocimiento oficial de las autoridades municipales a los miembros de las comisiones comunitarias de salud, les brinda un “status” que los identifica como líderes importantes de la comunidad, provocando un mayor involucramiento en las actividades y funciones que deben desempeñar.

Se trabajó con 55 comités de salud comunitarios distribuidos en los cinco municipios del área de cobertura del PC, que participaron en talleres (teórico-práctico) en temas de salud. Esto les permitió obtener conocimientos sobre el plan de emergencia y en temas de salud preventiva.

Tres organizaciones no gubernamentales, prestadoras de servicios de salud (ASOPRODE, ADISS y ECO) pertenecientes al programa de extensión de cobertura del MSPAS, fueron capacitadas en temas maternos y neonatales, atención integral a enfermedades prevalentes durante la infancia y nutricionales, lo que contribuye a una prestación de servicios mejorada.

Tanto las mujeres, las comadronas y los miembros de las comisiones de salud, coincidieron en manifestar dos situaciones experimentadas:

- En primer lugar, agradecen la capacitación recibida de parte de los educadores, pues han llegado a adquirir conocimientos nuevos, que les permite preservar su salud e identificar situaciones que ponen en peligro la vida de las embarazadas, las parturientas, las puérperas y sus recién nacidos, con lo cual pueden actuar oportunamente y evitar muertes.
- La segunda situación consiste en su necesidad de ser atendidas dignamente en los establecimientos de salud. Persiste el temor a la búsqueda de atención en éstos ante experiencias vividas de malos tratos, largas esperas y discriminación.

El contenido de las capacitaciones que brindan los educadores comunitarios en salud a la población, las familias y las personas, incluyeron los siguientes temas:

- Señales de peligro en el embarazo, parto, post parto y el recién nacido
- Plan de emergencia familiar y comunitario
- Mortalidad materna
- Las cuatro demoras
- Parto limpio y seguro
- Lactancia materna
- Importancia de las vacunas
- Alimentación complementaria
- Desnutrición
- Higiene personal
- Lavado de manos
- Métodos para desinfectar el agua
- Medio ambiente y salud (higiene de la vivienda)
- Parasitismo intestinal
- Diarrea
- Importancia de la planificación familiar
- Tuberculosis, neumonías, Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS)
- Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH
- Detección del cáncer de cérvix a través de la IVAA
- Rabia animal
- El derecho a la salud
- Violencia intrafamiliar

El mayor énfasis en las capacitaciones se dio a la identificación de las señales de peligro durante el embarazo, el parto, el posparto y del recién nacido el modelo de las cuatro demoras y plan de emergencia familiar y comunitario a implementarse frente a una complicación materna o neonatal.



FOTO: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala



Sección 2

Brechas y necesidades
para la reducción de la
mortalidad materna



FOTO: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala

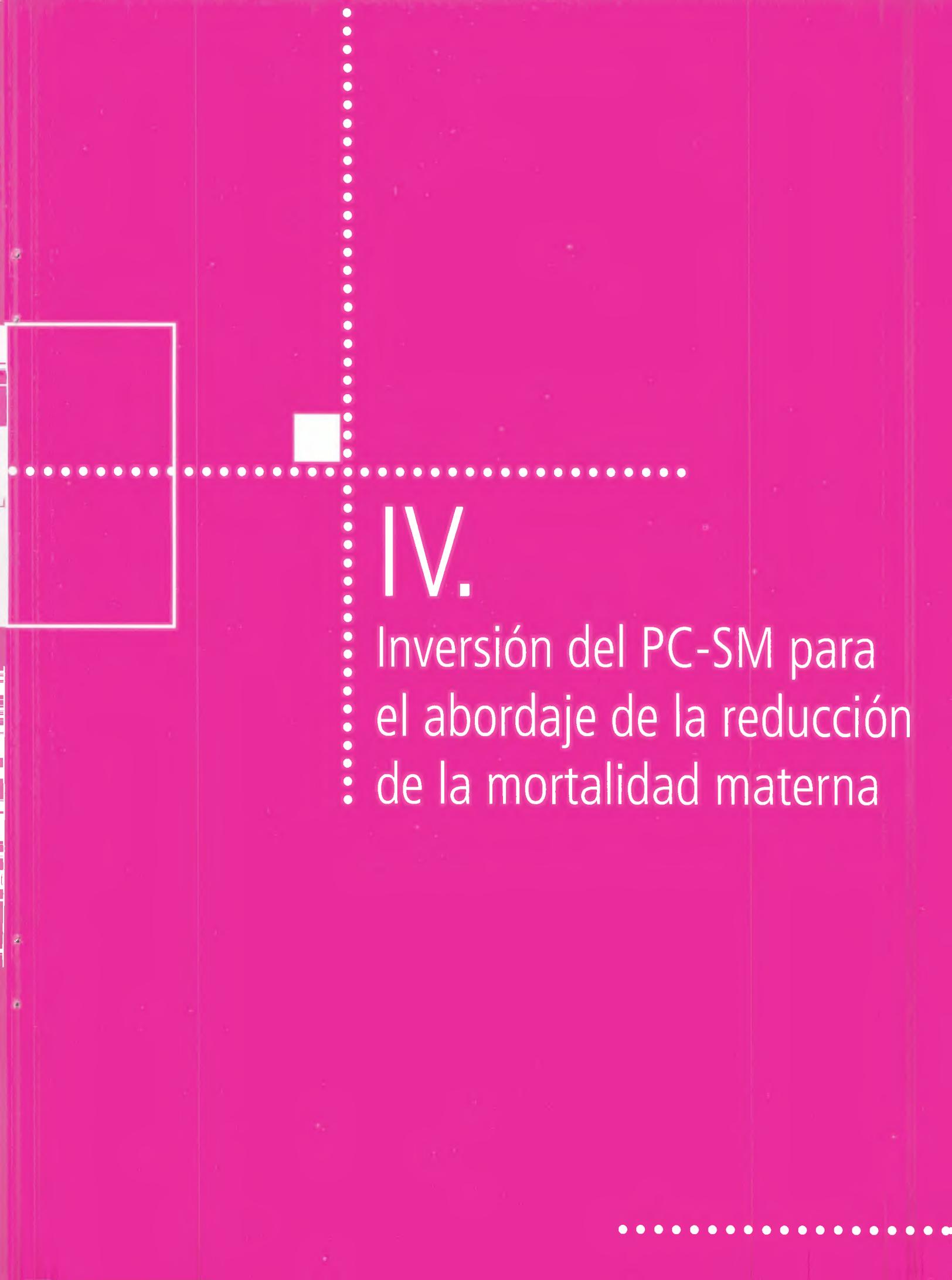
En los servicios de salud del PC:

- Limitados recursos financieros para: adquisición de combustible para las ambulancias, compra de alimentos para las mujeres a quienes se les atiende el parto en el servicio, insumos para intervenciones de bioseguridad.
- Equipamiento deficiente en los establecimientos donde se atienden partos.
- Infraestructura deficiente en los establecimientos. La mayoría de ellos, antiguos puestos o centros de salud han sido convertidos en CAP, sin haberles realizado ninguna mejora o ampliación a la infraestructura. Presentan limitaciones importantes de espacios adecuados para preservar la privacidad de las mujeres durante el trabajo de parto, durante el parto y en el posparto. Algunas ampliaciones o mejoras se han realizado mediante gestiones de los líderes locales de los establecimientos de salud.
- En algunos CAP se contempla la implementación del “temazcal”, para apoyar las prácticas culturalmente aceptadas en el posparto inmediato y serviría como un incentivo a la promoción de la atención del parto institucional ante las comunidades.
- La debilidad en la disponibilidad de recursos financieros, equipamiento e infraestructura ha limitado el deseo del personal de los establecimientos de salud de promover la demanda de atención institucional del parto ante la población.
- El fortalecimiento de las capacidades institucionales para brindar prácticas culturalmente aceptadas y apropiadas, constituye una necesidad que se convertiría en un atractivo para la población, ganarían mayor confianza y credibilidad los servicios y de esta manera se incrementaría la atención institucional y calificada del parto.
- El CAIMI de Ixchiguán reporta falta de medicamentos específicos, de uso sumamente necesario en el manejo de emergencias obstétricas (Ej.: hidralazina y misoprostol). La no disponibilidad del banco de sangre o sangre segura en un establecimiento donde se realiza cirugía obstétrica, se convierte en una necesidad. El CAIMI requiere de un mayor equipamiento con instrumental quirúrgico necesario para la realización de histerectomía obstétrica, en caso se llegase a presentar un caso extremo que requiera dicha intervención ya que el centro cuenta con personal médico especializado con la capacidad necesaria para la realización de dicho procedimiento.
- Fortalecimiento de la sensibilización y concienciación a los proveedores institucionales de servicios de salud sobre sus responsabilidades éticas, profesionales y legales en la atención de la población que demanda sus servicios, reconociendo plenamente los derechos humanos que les asiste, independientemente de cualquier condición.

En las comunidades:

- El fortalecimiento de procesos de capacitación a las comisiones comunitarias de salud, para que a través de un mejor conocimiento sobre la mortalidad materna, adquieran un mayor compromiso y participación en las actividades de su competencia.
- La definición documental de las funciones y atribuciones de los integrantes de las comisiones comunitarias de salud y la promoción de su reconocimiento oficial como un incentivo al rol de liderazgo que ejercen dentro de las comunidades.
- La promoción de actividades que permita a las comunidades agenciarse de fondos que puedan ser destinados en la ejecución de los planes de emergencia comunitarios.
- El MSPAS implementó la estrategia de municipios saludables en la que participaron el Área de Salud de San Marcos, los cinco distritos de salud que corresponden al PC y las cinco corporaciones municipales. Se emitieron cinco acuerdos municipales en donde

- cada Municipalidad define su adhesión a la implementación de dicha estrategia.
- El proceso participativo del plan municipal de salud se completó en los cinco municipios. El logro más importante es la participación comunitaria organizada a través del Comité Municipal de Desarrollo (COMUDE). A la fecha se encuentran los planes en revisión, pendientes de impresión y el tema más importante es la ejecución del plan y seguimiento durante el 2013.



IV.

Inversión del PC-SM para
el abordaje de la reducción
de la mortalidad materna





FOTO: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala

La inversión realizada en el año 2012, específicamente en temas de salud materna y reproductiva fue la siguiente:

1. Cursos y seminarios de capacitación en temas de salud materna para personal de salud de hospitales (SM y Malacatán), CAIMI Ixchiguan, cinco CAP de municipios priorizados y diez educadores comunitarios: USD 18,127.78
2. Contrato a profesionales/capacitadores de AGOG y pediatras para capacitar en las guías de atención calificada materna neonatal del PNSR: USD 5,829.
3. Contratos a diez educadores comunitarios durante nueve meses (abril-diciembre): USD 31,319.97
4. Reproducción de material educativo (rotafolios de vinil) para educadores y para la comunidad (cintas obstétricas para comadronas, planes de parto, planes de emergencia comunitarios, afiches de signos y señales de peligro, etc.): USD 3,150.38
5. Consultor OPS/OMS (contrato, viáticos, viajes, logística, etc.): USD 12,409.42

Para un gran total de aproximadamente **USD 71,000** en temas de salud sexual-reproductiva y materno neonatal.



FOTO: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala

A decorative graphic consisting of a vertical dotted line and a horizontal dotted line intersecting at a small solid square. A larger white square is positioned to the left of the intersection, partially overlapping the horizontal dotted line.

V. Conclusiones



FOTO: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala

- El conjunto de los municipios del PC mostró en el 2012 una RMM promedio de: 89.4 x 100,000 nacidos vivos, siendo la más baja del período 2008-2012.
- En comparación, los cinco municipios ajenos al PC muestran en el 2012 una RMM promedio de 178.9 x 100,000, es decir el doble que en los municipios del PC-SM. El Riesgo Relativo (RR) de morir por muerte materna en los municipios ajenos al PC fue dos veces mayor que en los municipios del PC en el 2012.
- El conjunto de los municipios del PC mostraron en el año 2012 un número absoluto de cinco muertes maternas, que es uno de los menores del período 2008-2012, contrariamente a lo sucedido en los municipios ajenos al PC, donde ocurrieron un total de catorce MM en el 2012, que es casi tres veces más que las MM de los municipios del PC.
- En números absolutos, los cinco municipios ajenos al PC tuvieron durante el período 2008-2012 un número acumulado de muertes maternas, mayor que el grupo de municipios del PC (59 vs. 48).
- Se observa que la RMM promedio de los cinco municipios del PC para el período 2008-2012, fue de 203.1 y es casi idéntica a la de los municipios ajenos al PC (230.7), lo que indica similares determinantes sociales, económicas, geográficas y culturales entre los dos grupos de municipios. Descenso de la RMM del 2012 se puede explicar en parte por las intervenciones desarrolladas por el PC.
- En el 2012 no hubo ninguna muerte materna dentro de las comunidades que son parte del área de influencia del PC.
- Comparativamente con los departamentos de Huehuetenango y El Quiché, se observa que San Marcos viene presentado cifras sensiblemente menores a los largo de los últimos años. Se estima que el fortalecimiento de la capacidad resolutive de los servicios de salud, a través de la capacitación del personal en el manejo de la atención calificada materno neonatal y de la hemorragia obstétrica (Código Rojo) ha tenido una influencia directa en estas cifras de mortalidad materna.
- El enfoque de las cuatro demoras permitió identificar los dos escenarios donde se debe desarrollar el trabajo: a) el escenario comunitario y b) el de los servicios de salud. Esta estrategia, que también se aplica en otros departamentos y regiones del país, demostró funcionar bien en el PC por el estrecho acompañamiento de monitoreo, supervisión y apoyo técnico para el trabajo de los educadores comunitarios y un cercano apoyo técnico para mejorar las capacidades del personal institucional local, en atención calificada materno neonatal.
- La hemorragia obstétrica es la causa básica principal de muerte materna en los dos grupos de municipios (más del 50%). La hipertensión arterial durante el embarazo y la infección post parto se alternan en el segundo lugar en ambos grupos, pero mantienen proporciones similares (entre el 17 y el 23%). El aborto constituye la cuarta causa básica de muerte materna en ambos grupos.
- La RMM ha descendido en el departamento de San Marcos en un 25.6% en el período comprendido de 2000 a 2012, lo que da un ritmo de descenso promedio anual de 1.9%. La RMM para el año 2012 fue de 100.3 x 100,000 nacidos vivos.

- El fortalecimiento de las comisiones de salud y los comités de emergencia comunitarios son clave para lograr el traslado oportuno de las pacientes y el involucramiento permanente de las comunidades.
- Se estima que las intervenciones que se aplicaron en el PC y las que se venían aplicando desde antes, han contribuido de una forma u otra a reducir la mortalidad materna en esos municipios. La **información y educación de la comunidad** en signos y señales de peligro, la elaboración de los planes de emergencia familiar y comunitario, el derecho a la salud de las mujeres, el parto limpio y seguro y la lactancia materna, así como el **empoderamiento de sus derechos** por parte de la comunidad, aunado al trabajo con las **comisiones de salud y comités de emergencia comunitarios**, han permitido la referencia oportuna de muchas mujeres hacia el CAIMI de Ixchiguán y los hospitales de San Marcos y Malacatán, donde un **personal previamente capacitado** ha dado respuesta eficiente y oportuna a la mayoría de estas complicaciones.
- Las intervenciones y estrategias implementadas en los servicios de salud para reducir la mortalidad materna incluyen: la capacitación de los proveedores en la atención calificada materna y neonatal, el manejo de la hemorragia posparto, la implementación de prácticas culturalmente aceptadas en la atención del parto en los establecimientos de salud, una mejor comunicación entre proveedores de los diferentes niveles de atención, el funcionamiento permanente de los CAP y CAIMI, la disponibilidad de ambulancias para el traslado de un establecimiento a otro en caso de complicaciones, la disponibilidad de equipo de ayuda diagnóstica en el CAIMI (ultrasonido) y la autoevaluación de los servicios a través de auditorías del cumplimiento de estándares para medir la calidad de la atención, de acuerdo con las guías y protocolos del MSPAS.
- El trabajo de educación comunitaria realizado por los educadores, se complementa con la elaboración de una **sala situacional comunitaria** sobre salud materna e infantil y el seguimiento a las mujeres y sus familias a través de visitas domiciliarias frecuentes.
- La complementariedad de intervenciones realizadas en la comunidad y en los establecimientos de salud permite el **abordaje integral de las cuatro demoras** que inciden en la mortalidad materna. Las intervenciones en la comunidad permiten ante todo el abordaje de la primera, la segunda y la tercera demora. Las intervenciones en los establecimientos de salud permiten el abordaje de la cuarta demora.
- Las **principales brechas y necesidades identificadas en los establecimientos de salud** para lograr el objetivo de reducir la mortalidad materna son: a) las dificultades financieras para disponer de combustible para las ambulancias, b) la disponibilidad de insumos, medicamentos y equipo necesario para la atención, c) las condiciones precarias de infraestructura apropiada en la mayoría de establecimientos y d) la falta de sensibilización y concienciación de algunos proveedores de servicios de salud para brindar un trato digno, amable y respetuoso a la población que demanda sus servicios.
- **A nivel comunitario, las principales brechas y necesidades identificadas** incluyen: a) el fortalecimiento de la consejería y capacitación a los integrantes de las comisiones de salud para que tengan un mayor involucramiento en las actividades relacionadas a la salud, b) la elaboración y definición de las funciones y atribuciones específicas de los integrantes de dichas comisiones para tener una base sobre la cual pedir resultados y c) el reconoci-

miento oficial de los integrantes de las comisiones, que brinda una mayor motivación en su participación como líderes comunitarios.

- El impacto que las intervenciones sobre la reducción de la mortalidad materna, tanto a nivel comunitario como en los establecimientos de salud, es una situación que debe seguirse evaluando en períodos de mediano plazo sobre la base de un monitoreo constante y objetivo.



FOTO: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala



Anexos





FOTO: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala

Anexo I
Comunidades bajo área de influencia del programa conjunto
en el departamento de San Marcos

Municipio: SAN JOSÉ OJETENAM

1. Caserío El Boquerón
2. Caserío Tutzaj, aldea San Rafael Igiül
3. Aldea San Rafael Igiül
4. Caserío El Matazano
5. Caserío Ojo de Agua
6. Cantón La Joya
7. Caserío Nuevo Progreso, aldea Esquipulas
8. Caserío Piedra del Caballito
9. Aldea Esquipulas
10. Caserío San Pedrito
11. Caserío La Unión

Municipio: IXCHIGUÁN

1. Caserío Vista Hermosa
2. Caserío Los Pocitos
3. Caserío Colcojuit
4. Cantón San Rafael
5. Bexoncán
6. Yuinimá

Municipio: SIBINAL

1. Caserío Vista Hermosa
2. Barrio Los Olivos
3. Aldea San Antonio las Barrancas
4. Caserío Santa María
5. Cantón Toj Pac
6. Cantón Tocopote
7. Aldea San Andrés Cheoj
8. Barrio El Triunfo
9. Caserío Miramar
10. Caserío Unión Reforma
11. Caserío Las Barrancas
12. Caserío El Metacate
13. Caserío Los Laureles

Municipio: TAJUMULCO

1. Caserío Monte Perla
2. Caserío Los Miches
3. Caserío Buenos Aires
4. Sector Tolá 1
5. Caserío Nueva Candelaria
6. Caserío El Triunfo
7. Aldea Chana
8. Caserío La Ventana Villa Hermosa
9. Aldea Las Brisas
10. Faldas del Volcán
11. Aldea Villa Real
12. Caserío San Luis Chetzaj
13. Aldea Tuinimá

Municipio: TACANÁ

1. Caserío San Pablo Toacá
2. Cantón Tuismil (aldea Toacá)
3. Cantón Santa María (aldea Sanajabá)
4. Cantón Valle Verde
5. Cantón Tojchoc Grande
6. Aldea Sanajabá
7. Cantón Los Laureles (aldea Sanajabá)
8. Cantón Flor de Mayo
9. Cantón Canatzaj
10. Nueva Esperanza
11. Barrio Santa Teresita (aldea El Rosario)
12. Cantón Canibalillo El Rosario
13. Cantón Nuevo Edén

Anexo II
Fotografías San Marcos – programa conjunto OPS/OMS
Aldea Tiunimá, Tajumulco, San Marcos



FOTO: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala

“Nosotras como mujeres valemos mucho. Criamos a nuestros hijos, los educamos, los cuidamos. Nuestros maridos no hacen eso. Cuando he tenido a mis hijos, yo busco el CAIMI de Ixchiguán, allá los he tenido, me han atendido bien.”

(señora de la comunidad, asistente a charla de capacitación sobre señales de peligro en el embarazo, el parto y el posparto y sobre plan de emergencia familiar)

“Agradecemos la educación que nos dan, porque nosotros no actuamos luego. Mi esposa conoció la hemorragia como señal de peligro y nos fuimos al centro de salud. Ella se salvó”. *(esposo)*

Capacitación en atención calificada materno neonatal en la DAS-San Marcos



FOTO: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala

Aldea Nuevo Edén, Tacaná, San Marcos
Educatores comunitarios trabajando



FOTO: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala

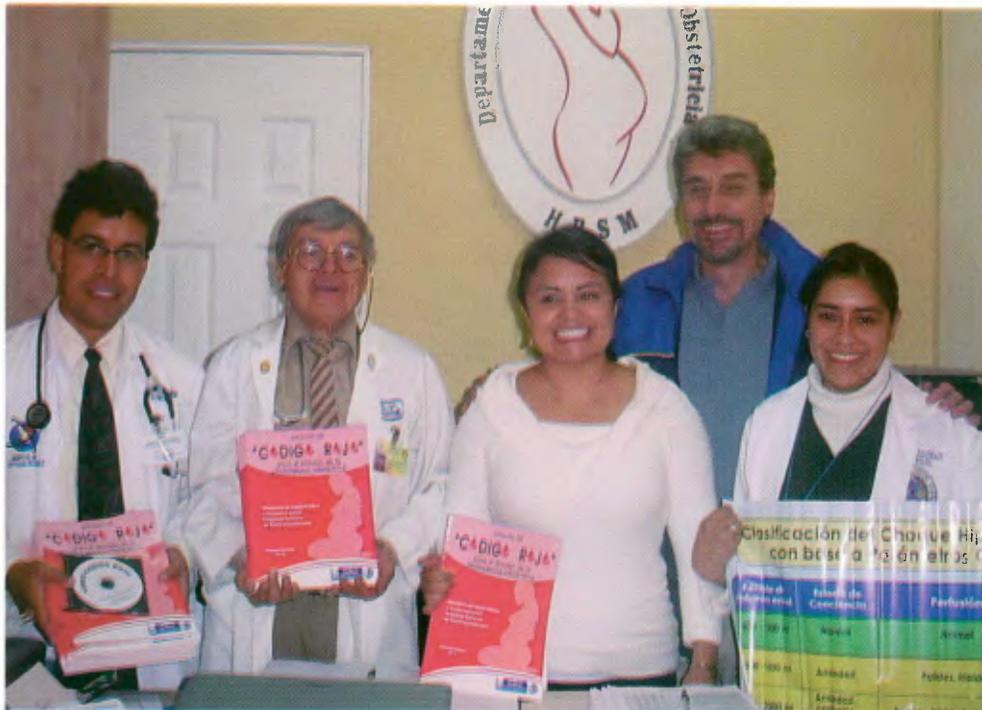


FOTO: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala

Capacitación y simulacro de implementación del Código Rojo en el Hospital Nacional de San Marcos



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

