

006512



**Salud perinatal en áreas  
prioritarias del Perú:  
cinco investigaciones operativas**

1041

**EL POPULATION COUNCIL** busca ayudar a mejorar el bienestar y la salud reproductiva de las generaciones presentes y futuras del mundo, y ayudar a alcanzar un balance humano, equitativo y sustentable entre la población y los recursos. El Council analiza temas y tendencias poblacionales; realiza investigación biomédica para desarrollar anticonceptivos nuevos; trabaja con organizaciones públicas y privadas para mejorar la calidad y alcance de los servicios de planificación familiar y salud reproductiva; ayuda a los gobiernos a influir sobre las conductas demográficas; divulga resultados de investigación en el área de la población a públicos apropiados; y ayuda a fortalecer la capacidad en investigación en países menos desarrollados. El Council es una organización no lucrativa que fue fundada en 1952. Se dedica a la investigación y está dirigida por una junta directiva multinacional. Su oficina matriz en Nueva York apoya una red global de oficinas en regiones y países, entre ellas la Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Las direcciones de estas oficinas son:

Population Council  
One Dag Hammarskjold Plaza  
Nueva York, Nueva York 10017, E.U.A.  
Tel.: (212) 339-0500  
Fax: (212) 755-6052  
Correo electrónico: [pubinfo@popcouncil.org](mailto:pubinfo@popcouncil.org)  
<http://www.popcouncil.org>

Population Council  
Oficina Regional para América Latina y el Caribe  
Escondida 110 Villa Coyoacán, 04000 México, D.F.  
Tel. (525)554-8610; Fax: (525)554-1226;  
Correo electrónico: [inopalmx@mpsnet.com.mx](mailto:inopalmx@mpsnet.com.mx)

Esta publicación fue financiada por el Proyecto INOPAL III (Investigación Operativa y Cooperación Técnica en Planificación Familiar y Salud Reproductiva para América Latina y el Caribe) bajo el Contrato No. CCP-95-00-00007-00 con la Oficina de Población de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

Responsable de la publicación: Silvia Llaguno  
Impresión: Solar, Servicios Editoriales, S.A. de C.V.  
©1998 Population Council/INOPAL III

Cualquier parte de este documento podrá reproducirse sin permiso de los autores, siempre y cuando se reconozca la fuente y la información no se utilice con fines de lucro. Agradeceremos cualquier comentario o sugerencia de los lectores. Para solicitar más copias de este documento, materiales de difusión o requerir más información, por favor solicitarla a la Oficina Regional para América Latina y el Caribe.

PROGRAMA UNIVERSITARIO DE  
ESTUDIOS DE GÉNERO - U.N.A.M.

# **Salud perinatal en áreas prioritarias del Perú: cinco investigaciones operativas**

Sandra Vallenás<sup>1</sup>

Federico León<sup>2</sup>

1. Pontificia Universidad Católica del Perú.

2. Population Council.

## **Presentación**

Con el fin de institucionalizar la investigación operativa en planificación familiar y salud reproductiva, el Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad Católica del Perú celebró dos talleres de cinco días de duración, uno en Lima y otro en Ayacucho, Perú, en febrero de 1998. Se invitó a asistir a un grupo de médicos y enfermeras obstetras designados por el Ministerio de Salud y a otro de profesores de universidades en regiones prioritarias del Perú.

Diferentes equipos multidisciplinarios integrados por los participantes en los talleres de IO diseñaron diez proyectos de investigación, cinco de los cuales fueron financiados por la Universidad Católica. Todos se diseñaron a manera de intervenciones, pero únicamente se concluyeron tres cuasiexperimentos, habiéndose convertido los pretests de los otros dos en estudios de diagnóstico. Los tópicos cubiertos incluyeron mejoras a los servicios de atención natal, elementos preferidos en los partos institucionales, conocimiento comunitario de signos de alarma, mejoramiento de la calidad de la atención prenatal y transmisión de conocimientos en planificación familiar y salud reproductiva vía materiales de IEC en quechua. Los estudios se implementaron en los departamentos de Puno, Huancavelica, Ayacucho e Ica.

En este documento se presentan los resultados de estas cinco investigaciones operativas en regiones prioritarias del Perú.

# **Mejorando el nivel de satisfacción de mujeres en el puerperio a través de un modelo de parto alternativo: un cuasiexperimento en Juliaca, Puno**

Freddy Andía y Amparo Chambi  
Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez

Graciela Bernal  
Subregión de Salud de Puno

Sandra Vallenias  
Pontificia Universidad Católica del Perú

Federico R. León  
Population Council

## **Introducción**

El departamento de Puno tiene la tasa de mortalidad materna más alta del Perú, algo que se atribuye en gran medida a que únicamente 18% de los partos tienen lugar en instalaciones de salud formales (MINSA, 1998). Diversos estudios realizados en Bolivia sugieren importantes barreras psicosociales que bloquean el acceso a la prestación de servicios institucionales de manera sistemática (Gonzales *y cols.*, 1991). El objetivo del presente proyecto de investigación fue que las instalaciones para atención materna resultaran más atractivas para las usuarias regulares y potenciales. La investigación se llevó a cabo con el fin de: *a)* identificar las fuentes de insatisfacción con los partos institucionales en el caso de mujeres en el período de puerperio; *b)* diseñar e implementar un modelo de parto que permitiera eliminar esas fuentes de insatisfacción, y *c)* someter a prueba la efectividad del modelo en términos de mejoras alcanzadas en el nivel de satisfacción de las usuarias.

## **Método**

### *Pretest*

Como sitios del estudio se seleccionaron los centros de salud de Cono Sur y Santa Adriana de la ciudad de Juliaca, en el departamento de Puno.

A las mujeres en el período de puerperio que habían dado a luz en dichos centros se les visitó e invitó a responder a entrevistas a profundidad individuales. Las fuentes de insatisfacción identificadas en las entrevistas definieron los elementos de un cuestionario sobre satisfacción que se aplicó en mayo de 1998 a mujeres en el puerperio que habían dado a luz un mes antes en los centros de salud (N = 60).

### *Intervención*

El centro de salud de Santa Adriana fue seleccionado como sitio experimental porque, a primera vista, mostraba condiciones menos satisfactorias. En junio de 1998 se realizó una intervención con los siguientes componentes: *a)* mejoras a la infraestructura para ofrecer mayor seguridad y comodidad, aumento de la temperatura y disminución de la iluminación, cambios en escaleras, baños, ventanas y salas de labor y parto (a saber, se añadieron cortinas y calentadores); *b)* al personal que tenía algún contacto con embarazadas en el centro de salud (N = 17) se le capacitó en relaciones interpersonales y diferencias culturales, y *c)* al incorporar prácticas tradicionales al parto, las mujeres tenían la opción de utilizar su propia ropa o aceptar la ofrecida por el centro de salud, se añadieron té a base de hierbas y comidas familiares, la placenta se le entregaba a la familia, el parto vertical se convirtió en una opción estándar y se permitieron las visitas familiares.

### *Postest*

A las mujeres en el período de puerperio que habían dado a luz durante julio de 1998 se les visitó en sus hogares durante el mes de agosto y se les aplicó el cuestionario sobre satisfacción (N = 60).

## **Resultados**

En la tabla 1 se muestra la distribución de las respuestas a los elementos individuales del cuestionario de satisfacción de los grupos experimental y de control, comparando el pretest y el postest. El nivel de satisfacción aumentó en la mayoría de los aspectos en Santa Adriana. Como se observa en la tabla, hubo claras mejoras en lo que respecta a temperatura, la explicación del prestador o la prestadora acerca de lo que estaba haciendo, competencia técnica mostrada por el(la) prestador(a); informa-

ción recibida en la sala de parto, iluminación apropiada, oportunidad de la atención y buena atención recibida de los prestadores. El nivel de satisfacción con el costo del servicio disminuyó en los dos centros de salud. En el caso del Cono Sur, la satisfacción aumentó en unos elementos y disminuyó en otros.

Tabla 1  
Porcentaje de mujeres satisfechas por elemento,  
pre y postest, por grupo de tratamiento

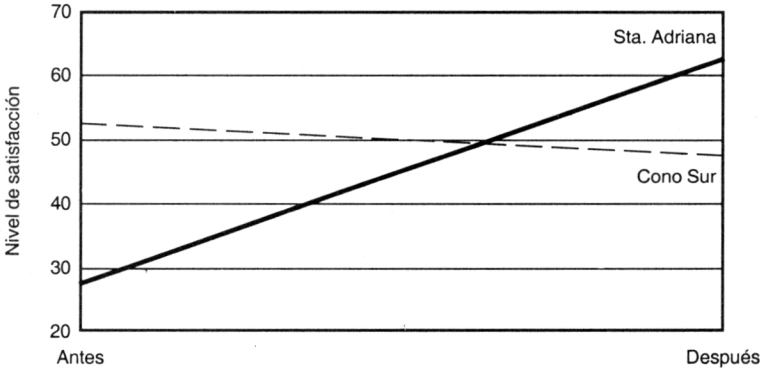
<i>Elementos de satisfacción</i>	<i>Sta. Adriana</i>		<i>Cono Sur</i>	
	<i>Pretest</i>	<i>Postest</i>	<i>Pretest</i>	<i>Postest</i>
Sala de partos con temperatura confortable	27	63	54	47
Número apropiado de personas en la sala de partos	81	96	86	85
Sala de labor confortable	77	87	69	78
Sala de partos confortable	61	82	84	82
Profesional deseado a cargo	92	100	91	90
El/la prestador(a) explicó lo que estaba haciendo	73	96	82	72
Prestador técnicamente competente	93	100	96	90
Se proporcionó información en la sala de partos	65	100	75	75
Prestador(a) técnicamente competente en la sala de partos	77	81	64	70
Satisfecha con la elección de centro de salud	85	96	91	87
Atención oportuna	81	96	86	85
Buena atención por parte de profesionales	65	100	73	80
Iluminación apropiada	46	70	91	75
Se le permitió tener compañía	88	85	79	70
Se sintió cómoda con la posición del parto	85	82	77	82
Satisfecha con destino de placenta	100	96	84	67
Satisfecha con el costo del servicio	50	41	70	45
Satisfecha con la atención en el centro de salud	89	96	96	95

La suma de las respuestas del cuestionario arrojó una puntuación de satisfacción global. En la gráfica 1 se muestran las puntuaciones promedio pretest y postest obtenidas por los grupos experimental y de control. En el centro de salud Cono Sur se mantuvo el mismo nivel de satisfacción moderado ( $t = .50$ , *n.s.*), tal como se esperaba de un grupo de control. Las puntuaciones de Santa Adriana aumentaron de manera significativa entre el pretest y el postest ( $t = 5.4$ ,  $p < .00$ ), demostrando los efectos positivos de la intervención en el nivel de satisfacción de las mujeres en el periodo de puerperio.

# Discusión

El diseño de investigación utilizado combinó el diseño de grupo de control no equivalente con el diseño de cohorte en instituciones con una rotación continua<sup>1</sup> y, por lo tanto, superó la mayor parte de las amenazas a la validez interna de ambos diseños, permitiendo obtener diferencias causales sólidas. Es indudable que las mejoras observadas en el nivel de satisfacción de las mujeres en Santa Adriana se debieron a la intervención.

Gráfica 1  
Nivel de satisfacción global con diversas facetas del parto antes y después de la intervención, por grupo de tratamiento



La principal limitación del estudio tiene que ver con su validez externa. Los efectos más fuertes, en lo que se refiere al nivel de satisfacción de las usuarias, estuvieron relacionados con los cambios en la infraestructura (mejor temperatura, mejor iluminación) y con la conducta de los prestadores (se proporcionó más información), mientras que los cambios en lo que se refiere a la incorporación de elementos tradicionales al parto (disposición de la placenta, la opción de posición vertical durante el parto, etc.) fueron mínimos o nulos. Lo anterior se explica porque las mujeres en este estudio provenían de entornos urbanos. No obstante, es de esperar que la incorporación de elementos tradicionales al parto tenga efectos más fuertes en el nivel de satisfacción de las mujeres rurales.

Por lo tanto, la pregunta principal que este estudio no respondió fue si las mejoras en los niveles de satisfacción de las usuarias fueron seguidas por una disminución de las barreras al acceso entre la población de



no usuarias de partos institucionales. La suposición de este estudio fue que las usuarias satisfechas correrán la voz en lo que respecta a los servicios mejorados.

Como un seguimiento al presente estudio, los investigadores de Juliaca llevarán a cabo un monitoreo del número de partos reales en los centros de salud de control y experimental durante los primeros seis meses posteriores a la intervención (agosto 1998 – enero 1999).

## Notas

<sup>1</sup> Cook y Campbell (1979) se refirieron a rotaciones cíclicas como las de los centros educativos. Los puntos de entrega de servicios de salud, sin embargo, presentan una rotación continua, más que cíclica, de pacientes.

## Referencias

Cook, T.D. y D.T. Campbell, 1979, *Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings*, "La cuasiexperimentación: Aspectos de análisis y diseño para entornos de campo", Chicago: Rand McNally.

Gonzales, F., W. Canelas, C. Nava, y S. Brems, 1991, *Conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres en relación al ciclo reproductivo*. Cochabamba: CIAES/Mother Care.

MINSA, 1998, *Boletín de Prensa*. Lima: Ministerio de Salud del Perú, 14 de mayo.

# **Elementos deseados de la atención durante el parto: un estudio de satisfacción de usuarias y usuarias potenciales de centros de salud en Huancavelica**

Jorge Bramon

Coordinador de Proyecto 2000, Subregión de Salud de Huancavelica

Julio Valencia

Director de Epidemiología, Subregión de Salud de Huancavelica

Luis Bustamante

Director de Salud de las Personas, Subregión de Salud de Huancavelica

Consuelo Huamanchao y Gumercinda Reynaga

Universidad San Cristóbal de Huamanga

Sandra Vallenás

Pontificia Universidad Católica del Perú

Miguel Espinoza y Federico R. León

Population Council

## **Introducción**

Este proyecto fue diseñado como una intervención para incorporar elementos tradicionales de la atención durante el parto a los servicios de salud materna institucionales. La intervención debió estar antecedida por un estudio de diagnóstico y seguida por un postest. Sin embargo, el proyecto integral quedó trunco como resultado de cambios administrativos que dieron inicio con la remoción del Director de la Subregión de Salud de Huancavelica en febrero de 1998 y el ascenso de varios de los autores del estudio a nuevas responsabilidades en marzo y abril. Por lo tanto, el proyecto omitió la intervención y se concentró en un estudio de diagnóstico que comparó: *a)* elementos de la atención durante el parto deseados por las mujeres, y *b)* elementos observados en cuatro centros de salud en el departamento de Huancavelica. Estudios cualitativos anteriores (Valverde y Gonzales, 1998) y encuestas domiciliarias (Altobelli, 1998) han ofrecido opiniones, mas no un contraste sistemático entre los elementos reales y deseados durante el parto.

## **Método**

Para el estudio se seleccionaron seis centros de salud del departamento de Huancavelica, en la sierra central del Perú, que ofrecían servicio las 24 horas del día y tenían por lo menos cinco partos por mes. Los centros de salud estaban ubicados en Paucará, Yauli, Pampas, Acobamba, Huando y Colcabamba.

Un grupo de estudiantes de ciencias sociales de la Universidad Católica (Lima) viajó a Huancavelica y realizó entrevistas a profundidad con mujeres que ya tenían un mes de la etapa de puerperio, cuatro por centro de salud, en mayo y junio de 1998. De cada cuatro mujeres, dos habían dado a luz en su casa y dos en un centro de salud.

El análisis de la información cualitativa condujo al diseño de un cuestionario sobre satisfacción que fue aplicado a 21 mujeres que se encontraban en el período de puerperio en Pampas, Colcabamba, Acobamba y Yauli en julio de 1998. Su edad variaba de 16 a 40 años. Catorce de estas mujeres eran de residencia urbana, 15 eran amas de casa, 14 tenían educación secundaria, 12 habían tenido más de un parto y 15 habían tenido cinco o más controles prenatales. Doce de estas mujeres habían decidido dar a luz en un centro de salud.

Por último, el personal del proyecto realizó observaciones en cada uno de los cuatro centros de salud y trabajó en grupos focales con personal de estas instalaciones.

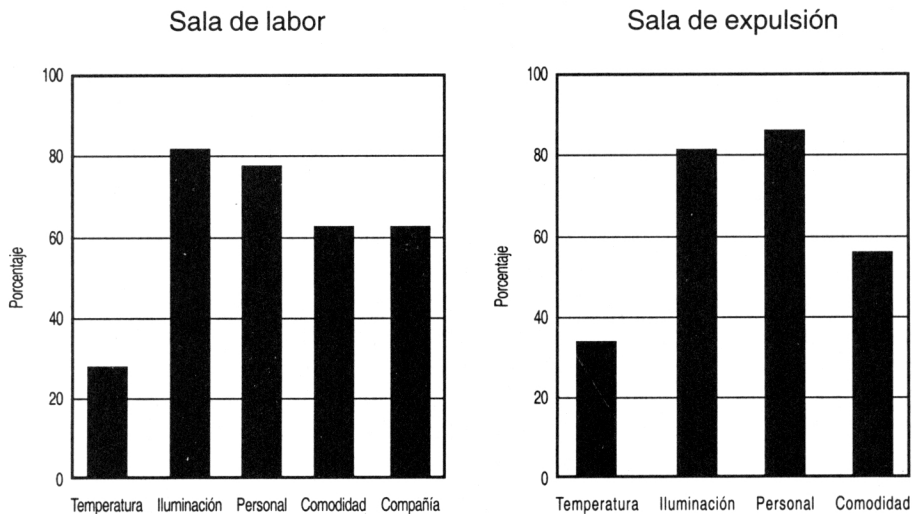
## **Resultados**

En la gráfica 1 se muestran nueve elementos que las mujeres identificaron como aspectos deseables de las salas de labor y de parto y el porcentaje de mujeres que verificaron su presencia en los centros de salud. La principal carencia es una temperatura cálida en las salas. Las observaciones del personal del proyecto confirmaron que los ambientes eran, de hecho, fríos. Por otro lado, 80% de las mujeres encontraron que el nivel de luz era adecuado, aunque el personal del proyecto pensaba que las mujeres considerarían las salas demasiado iluminadas.

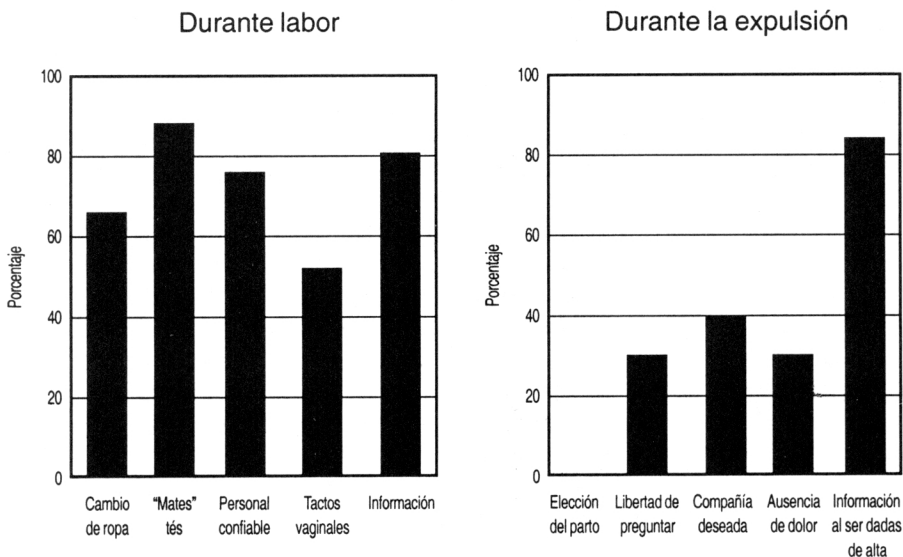
La gráfica 2 se refiere a los elementos deseados en el proceso del parto. El principal problema durante la labor fue el número de tactos vaginales (exámenes manuales), mayor al deseado; no obstante, en la opinión del personal el número era apropiado.

Durante el parto, la principal fuente de insatisfacción fue la falta de opciones relacionadas con la posición durante el alumbramiento.

Gráfica 1  
 Porcentaje de mujeres que encontraron elementos  
 deseados en las salas de labor y parto



Gráfica 2  
 Porcentaje de mujeres que encontraron elementos  
 deseados en los procesos de parto



De acuerdo tanto con las mujeres como con el personal, no se ofrecía el parto en posición vertical, postura tradicional utilizada por las mujeres al dar a luz en sus casas.

Adicionalmente, pocas mujeres se sintieron con la libertad para hacer preguntas, la mayoría se sentían aisladas de su familia y experimentaron más dolor del esperado. Por otro lado, la mayoría de las mujeres se sentían satisfechas con la información recibida al momento de dejar el centro de salud.

Por último, las mujeres respondieron de manera positiva a preguntas acerca de su nivel de satisfacción con la atención recibida (89%), su oportunidad (95%), su nivel de satisfacción con el personal del centro de salud (95%) y similares. Con pocas excepciones, regresarían para su próximo parto (90 por ciento).

## **Discusión**

En Huancavelica, las mujeres en el puerperio identificaron 19 elementos deseados en el parto institucional, y su presencia en cuatro centros de salud fue evaluada tanto por las mujeres en el periodo de puerperio como por el personal del proyecto. Aunque se comprobó la existencia de más de una docena de los elementos deseados, siguen prevaleciendo importantes fuentes de insatisfacción: las salas de parto carecen de la temperatura cálida deseada por las mujeres, se considera que el número de exámenes vaginales es excesivo, no se ofrece la posición vertical tradicional para el parto, el control del dolor no es efectivo, las mujeres no se sienten con la libertad de hacer preguntas y les gustaría que sus familias estuvieran con ellas durante el parto.

El estudio también reveló puntos de vista opuestos entre las mujeres y el personal en lo que se refiere a aspectos importantes. Mientras que el personal del centro de salud y el personal del proyecto consideraron apropiado el número de exámenes vaginales, las mujeres se quejaron de que eran demasiados. Durante el taller de investigación operativa en el que se diseñó este proyecto, el consultor médico aconsejó al personal una disminución en el número de tactos vaginales antes del parto, toda vez que la alta frecuencia observada en las instalaciones de salud formales no era indispensable desde el punto de vista técnico. El número apropiado de exámenes vaginales es una cuestión que requiere de discusión técnica adicional con el personal del Ministerio de Salud del Perú.

Existen otros aspectos, como la representatividad de la muestra, que sugieren la necesidad de estudios adicionales. Las mujeres que emitieron juicios de satisfacción, probablemente representan una muestra

sesgada de las comunidades de Huancavelica. Es posible que los resultados difieran si se entrevista a mujeres con menor nivel educativo. Son éstas las que presentan mayor riesgo de mortalidad materna, y la necesidad de conocer sus puntos de vista sigue siendo un aspecto que no se ha abordado.

No obstante, el estudio proporcionó indicios claros en lo que se refiere a la identidad de los elementos problemáticos a los que se debe dar prioridad en los centros de salud para atraer a las mujeres de Huancavelica al parto institucional.

## Referencias

Altobelli, L., 1998, "Componente cuantitativo: Encuesta domiciliaria administrada a 1,401 mujeres en edad reproductiva de dos provincias en el departamento de Huancavelica". En L. Altobelli y F. R. León, *Changing community perceptions of reproductive health services and reducing the unmet need for them in Peru's highlands: I. A baseline study. Final report* ("Cambiano las percepciones comunitarias de los servicios de salud reproductiva y reduciendo la necesidad insatisfecha de los mismos en la altiplanicie del Perú: I. Un estudio de línea base"). Reporte Final de Proyecto Interno de INOPAL III. Lima: Population Council.

Valverde, R. y H. Gonzales, 1998, "Estudio Cualitativo". En L. Altobelli y F. R. León, *Changing community perceptions of reproductive health services and reducing the unmet need for them in Peru's highlands: I. A baseline study. Final report* ("Cambiano las percepciones comunitarias de los servicios de salud reproductiva y reduciendo la necesidad insatisfecha de los mismos en la altiplanicie del Perú: I. Un estudio de línea base"). Reporte Final de Proyecto Interno de INOPAL III. Lima: Population Council.

# **Conocimiento de signos de alarma entre mujeres embarazadas y seres cercanos: un estudio en la provincia de Collao, Puno**

Martha A. Gordillo

Hospital Regional Núñez Butrón, Puno

Clotilde Pinazo

Unidad Básica de Servicios de Salud de la Provincia de Collao, Puno

Sandra Vallenas y Óscar Jiménez

Pontificia Universidad Católica del Perú

Federico R. León

Population Council

## **Introducción**

Este proyecto fue diseñado como una intervención para ofrecer capacitación a embarazadas y a sus seres cercanos en cuatro comunidades ubicadas a orillas del Lago Titicaca sobre signos de alarma durante el embarazo. La intervención debió ser antecedida por un estudio de diagnóstico y seguida por un postest. Sin embargo, el proyecto integral quedó trunco como resultado de cambios administrativos que tuvieron lugar en el sistema de salud del Departamento de Puno durante los meses de abril y mayo de 1998. Como consecuencia, el proyecto perdió dos investigadores principales, hubo problemas de coordinación y la intervención y el postest se implementaron únicamente en dos de las comunidades y con poco éxito. Por lo anterior, se decidió limitar este reporte a una presentación del pretest, *i.e.*, un estudio de diagnóstico que evaluó el nivel de conocimiento comunitario de los signos de alarma y su importancia.

## **Método**

El estudio diagnóstico incluyó a las embarazadas de las comunidades de Pilcuyo y Camicachi, a quienes se invitó a participar en reuniones de evaluación y a traer con ellas a sus seres cercanos, es decir, personas próximas que pudieran resultar de ayuda en caso de una emergencia obstétrica: esposos, madres, otros familiares, amigos, vecinos, etc. Las embarazadas formaron parte de un sistema de monitoreo de salud ma-

terna y se registraron como tales en los centros de salud, independientemente de haber o no utilizado los servicios de salud materna de estas instalaciones o no. Los líderes que intervinieron en los comités comunitarios o los de la instalación de salud convocaron a las reuniones.

En la reunión de evaluación en Camicachi participaron nueve embarazadas y 19 personas cercanas a éstas. Las participantes en Pilcuyo fueron ocho y 18, respectivamente. Una vez que se les explicó el propósito de la reunión, las 54 participantes fueron entrevistadas individualmente en español o en quechua por personal del proyecto que siguió un cuestionario semiestructurado.

## Resultados

La primera pregunta sustantiva fue: “Durante el embarazo, la mujer puede tener diversas *molestias*. Algunas son serias y otras no. ¿Qué *molestias* son lo suficientemente serias como para preocuparse?” A los entrevistadores se les capacitó para conocer las respuestas apropiadas y tachar el recuadro correspondiente al momento de escucharlas. A continuación, los entrevistadores mencionaban los diferentes signos de alarma uno tras otro (independientemente de que la entrevistada lo hubiera mencionado de manera espontánea o no) y hacían varias preguntas relacionadas. En la tabla 1 se ve el porcentaje de entrevistadas que de manera espontánea mencionaron los signos de alarma y el porcentaje que respondió: “Solicitar ayuda en el punto de prestación de servicios (PPS: hospital, centro o puesto de salud)”, al preguntárseles qué deberían hacer las embarazadas en esas circunstancias.

Únicamente el dolor en la zona debajo del estómago y el dolor de cabeza fueron mencionados por la mayoría, mientras que los porcentajes que mencionaron inflamación, fiebre, pérdida de líquidos, convulsiones, *tinnitus* y feto inmóvil fueron de cero o casi cero. Es interesante que el dolor debajo del estómago y el de cabeza fueran los signos de alarma mencionados con mayor frecuencia: la eclampsia es la principal causa de muertes en Puno y los dolores de cabeza y debajo del estómago son sus principales síntomas (Espinoza, 1998). Por otro lado, la mayoría sabía que la embarazada debe acudir al PPS si tiene convulsiones, aunque este síntoma no se percibía como algo relacionado con el embarazo. Por otro lado, sólo aproximadamente 30% de las entrevistadas pensaba que la mujer debía acudir a un PPS en presencia de uno de los tres signos de alarma citados con mayor frecuencia.

En la tabla 2 se presenta el porcentaje de entrevistadas que, de manera espontánea, asociaron el signo de alarma con una posible muerte



Tabla 1  
Porcentaje de entrevistadas que conocen los signos de alarma y saben qué hacer

<i>Síntoma</i>	<i>Mención espontánea</i>	<i>Solicitar ayuda en el PPS*</i>
Dolor en la zona debajo del estómago	63	27
Dolor de cabeza (con o sin anormalidades visuales)	55	32
Náuseas frecuentes	39	35
Hemorragia vaginal, sangrado ligero	26	43
Inflamación	17	41
Fiebre	4	19
Pérdida de líquidos (no orina)	4	46
Convulsiones	0	60
<i>Tinnitus</i> (zumbido u hormigueo en los oídos)	0	15
Feto inmóvil (después de seis meses de embarazo)	0	47

\* Porcentaje de 54 entrevistadas.

Tabla 2  
Porcentaje de entrevistadas que asocian el síntoma con posible muerte materna y asociación mencionada con mayor frecuencia

<i>Síntoma</i>	<i>Mención espontánea de muerte materna</i>	<i>Asociación más frecuente (posible causa)</i>	
Dolor en zona debajo del estómago	13	Esfuerzo físico	23%
Dolor de cabeza (con o sin anormalidades visuales)	0	Factores psicológicos	37%
Náuseas frecuentes	17	Es normal durante el embarazo	25%
Hemorragia vaginal, sangrado leve	32	Esfuerzo físico	62%
Inflamación	20	Resfriado	48%
Fiebre	16	Resfriado	35%
Pérdida de líquidos (no orina)	14	Esfuerzo físico	44%
Convulsiones	55	Factores psicológicos	47%
<i>Tinnitus</i> (zumbido u hormigueo en los oídos)	0	Resfriado	65%
Feto inmóvil (después de seis meses de embarazo)	20	Feto muerto	25%

\* Porcentaje de 54 entrevistadas.

materna al preguntárseles acerca de las consecuencias del síntoma. Tan sólo 13% consideró el síntoma de la eclampsia (dolor debajo del estómago) como suficientemente grave, y únicamente las convulsiones fueron percibidas como una condición grave por la mayoría, mientras que ni una sola vislumbró la posibilidad de muerte materna asociada con la presencia de dolor de cabeza o *tinnitus*. En la tabla también se muestra la asociación mencionada con mayor frecuencia al preguntarle a las entrevistadas acerca de las causas del signo de alarma. Los esfuerzos físicos son percibidos como causas posibles de la hemorragia vaginal, la pérdida de líquidos y el dolor debajo del estómago, es decir, eventos claramente localizados en la proximidad de los órganos reproductores. La inflamación, la fiebre y el *tinnitus* son atribuidos al frío; el frío y el calor juegan una parte central como agentes dinámicos de las enfermedades en la medicina tradicional en el Perú. La tristeza, preocupaciones, hostilidad y otros factores psicológicos son mencionados como posibles causas de dolores de cabeza y convulsiones.

## **Discusión**

Los profesionales especializados en salud materna consideran que son tres los elementos requeridos de manera conjunta para la prevención de la mortalidad materna: *a)* conocimiento de signos de alarma por parte de las embarazadas y sus seres cercanos; *b)* un acceso rápido a las instalaciones de salud, y *c)* competencia técnica disponible en los PPS's. La falta de cualquiera de estos elementos en un área geográfica incrementa la tasa de mortalidad materna. Este estudio demostró que las mujeres y sus seres cercanos en la provincia de Collao carecen de conocimiento acerca de los signos de alarma, confirmando con ello la necesidad de intervenciones educativas. El estudio también generó información relacionada con las creencias de la comunidad acerca de posibles causas de signos de alarma que podrían ser de uso práctico durante la capacitación.

## **Referencias**

Espinoza, M., 1998, Comunicación personal a Federico León, Lima, 3 de agosto.

# **Utilizando nuevos protocolos para mejorar la calidad de los controles prenatales: un cuasiexperimento en Ica**

Hilda Guerrero, Alejandro Flores, Carlos Ponce y Lilian Ríos  
Hospitales Regional y de Socorro, Ica

Ana Ponce  
Pontificia Universidad Católica del Perú

María Rosa Gárate  
Population Council

Resumen por:  
Federico R. León  
Population Council

## **Introducción**

Durante el año de 1997, en los hospitales y centros de salud del departamento de Ica se ofreció asistencia para 9,000 partos aproximadamente. No obstante, sólo 30% de las madres habían recibido más de un control prenatal. La suposición de este estudio fue que la baja tasa de retorno se explica por el déficit en calidad de atención recibida. En el sistema de salud de Ica, las embarazadas tienen que esperar un tiempo considerable antes del inicio de la consulta, que tiende a ser breve, superficial y con poca interacción entre el prestador y el cliente, además de que al personal del hospital no se le dan cursos de actualización frecuentemente. El presente estudio de intervención diseñó un protocolo para orientar el control prenatal y evaluar sus efectos sobre la calidad de la atención prenatal.

## **Método**

### *Pretest*

El Hospital Regional de Ica fue seleccionado como el sitio de la intervención, y el de Santa María del Socorro, como control. En ambos hospitales, se invitó a participar en la entrevista de salida a las mujeres que ha-

bían estado sujetas a su primer control prenatal. Para evaluar la calidad de la atención en aspectos específicos del control prenatal se utilizó un cuestionario de 28 elementos. Las encuestas se realizaron en seis días, del 16 al 21 de marzo de 1998, hasta completar 100 entrevistas en cada hospital.

## **Intervención**

Para el control prenatal se diseñó un protocolo de 36 elementos que abarcó procedimientos en cuatro áreas: relaciones interpersonales con la usuaria, procedimientos clínicos, pruebas de laboratorio y prevención (Información-Educación o IEC). Fueron capacitados 21 profesionales y seis técnicos del Hospital Regional y comenzaron a utilizar el protocolo el 23 de marzo de 1998.

### *Postest*

Dos meses después del inicio de la intervención (del 23 de mayo al 10 de junio), tuvo lugar en ambos hospitales una segunda ronda de entrevistas de salida con nuevas usuarias de controles prenatales.

## **Resultados**

Las respuestas a los elementos en el cuestionario de calidad de la atención se agruparon en las cuatro áreas del protocolo. Las relaciones interpersonales con las usuarias (cinco elementos) abarcaron la presentación de la persona por su nombre, tratar a la cliente con calidez, preguntarle acerca de cualquier problema, etc. Los nueve elementos del procedimiento clínico incluyeron control de infecciones, examen físico, etc. Las pruebas de laboratorio (tres elementos) se refirieron a la muestra de Papanicolaou, etc. Por último, la sección de IEC (11 elementos) abarcó información proporcionada a la usuaria. Las puntuaciones de los diferentes elementos se sumaron dentro de cada área. En la tabla 1 se muestran los promedios de elementos sumados por área de contenido correspondientes a los grupos experimental (Hospital Regional) y de control (Hospital Socorro), comparando los resultados pre y postest. La calidad de la atención aumentó de manera considerable en las cuatro áreas del Hospital Regional, mientras que no se observaron cambios sustanciales en el Hospital de Socorro.

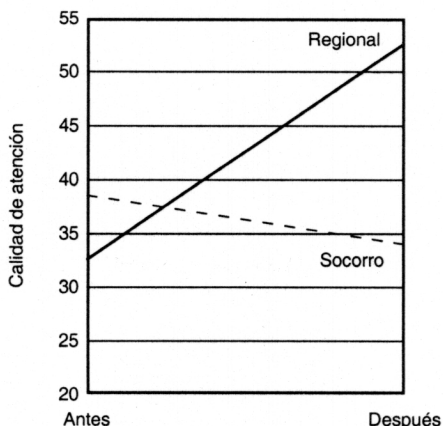
**Tabla 1**  
**Calidad de la atención en hospitales experimentales**  
**y de control antes y después de la intervención**

Hospitales	Interpersonal		Clínica		Laboratorio		IEC	
	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después
Regional	6.64	9.94	11.58	17.24	3.35	5.23	11.34	21.01
Socorro	6.81	7.56	13.17	11.57	3.05	3.12	15.19	11.90

Nota: los cambios en el caso de los promedios de atención interpersonal, clínica, de laboratorio e IEC fueron, respectivamente, de +50%, +49%, +56% y +85% en el Hospital Regional y de +11%, -12%, +2% y -22% en el Hospital de Socorro.

La suma de las respuestas a los 28 elementos arrojó una puntuación sobre la calidad de la atención global. En la gráfica 1 se muestran las puntuaciones pre y postest promedio obtenidas por los grupos de control y experimental. La pérdida moderada que se detectó en el Hospital de Socorro no fue significativa, tal como se esperaría de un grupo de control. Las puntuaciones del Hospital Regional aumentaron de manera significativa entre el pretest y el postest ( $p < .01$ ), demostrando los efectos positivos de la intervención en la calidad de la atención.

**Gráfica 1**  
**Calidad global del control prenatal antes y después**  
**de la introducción del protocolo, por grupo de tratamiento**



## **Discusión**

El diseño de investigación utilizado aquí fue muy sólido, toda vez que combinó el diseño de grupo de control no equivalente con el diseño de cohorte en instituciones con rotación de casos, y existe poca duda de que las mejoras observadas en la calidad de la atención en el hospital regional fueron resultado de la intervención.

El estudio, sin embargo, se limitó a someter a prueba los efectos de la intervención sobre una variable; la hipótesis a demostrar fue que la introducción de un protocolo sería seguida por mejoras en la calidad de la atención. Las suposiciones subyacentes en el estudio, sin embargo, fueron: *a)* las mejoras en la calidad de la atención incrementan la satisfacción de las usuarias, y *b)* los incrementos en la satisfacción de las usuarias aumentan la tasa de retorno de las mujeres para recibir controles prenatales adicionales. El personal de este proyecto realizará una actividad de seguimiento a los seis meses con el fin de determinar si las usuarias del Hospital Regional regresan más frecuentemente para controles prenatales que las usuarias del Hospital de Socorro.

## **Agradecimientos**

Los autores agradecen las sugerencias del Dr. Miguel Espinoza en el taller de investigación operativa.

# **La IEC en quechua: una experiencia comunitaria en la población rural de Vilcashuamán, Ayacucho**

Cathia Tutaya, Frida Chávez, Oriol Chuchón,  
Jorge Rodríguez y María Simbrón,

Ministerio de Salud, Distrito de Vilcashuamán

Óscar Jiménez

Pontificia Universidad Católica del Perú

María Rosa Gárate

Population Council

Resumen por:

Federico R. León

Population Council

## **Introducción**

El 93% de los hombres y mujeres que viven en el distrito de Vilcashuamán, Ayacucho, tiene el quechua como su lengua materna y únicamente 48% de las mujeres sabe leer. Lo anterior hace que el uso de materiales de IEC escritos en español sólo sea parcialmente utilizable por la población. Hace poco, la Unidad de Salud Territorial de Huanta diseñó una campaña de radio en quechua, pero esta experiencia de IEC no ha sido evaluada. Las metas del presente estudio de intervención fueron: *a)* diseñar mensajes sobre salud reproductiva en español y quechua; *b)* ponerlas a disposición de los residentes de las comunidades rurales en cintas de audio, y *c)* comparar la efectividad de los mensajes en los dos idiomas en términos del nivel de conocimiento obtenido por la población local.

## **Método**

Las comunidades rurales del distrito de Vilcashuamán sirvieron como grupo experimental (Chito, que recibiría materiales de IEC en quechua) y el grupo de control (Chanin, que recibiría materiales de IEC en español). Los líderes comunitarios ayudaron a coordinar la participación de la po-

blación en las encuestas de nivel de conocimiento, que comprendían factores de riesgo reproductivo, signos de alarma durante el embarazo y métodos de planificación familiar (anticonceptivos). Estas encuestas se realizaron un mes antes y un mes después de la intervención (N = 60 por comunidad en cada etapa). La intervención constó de talleres de IEC celebrados en ambos sitios para mujeres y hombres de más de 15 años de edad (N = 37 en Chito, N = 32 en Chanin). Los participantes en los talleres (edad promedio = 29) eran más jóvenes que los participantes en el pretest (edad promedio = 33), tenían un nivel educativo ligeramente más alto y no tenían gran competencia en el español hablado. Al principio del taller, y de nuevo al finalizar el mismo, se aplicaron pruebas de conocimiento individuales a los participantes. Al preguntárseles acerca de sus preferencias de lengua, más de 80% afirmó que preferían recibir el material de IEC en quechua. Los talleres celebrados en Chito y Chanin fueron similares, a excepción del lenguaje utilizado en las cintas de audio. Se tocaron diálogos acerca del riesgo reproductivo, signos de alarma y anticoncepción que habían sido grabados en quechua o en español con fondo musical, y a los participantes se les pidió que comentaran su significado.

## Resultados

En la tabla 1 se presentan los datos pre y postest, con base en las respuestas de los 69 participantes en los talleres. Únicamente una diferencia pretest-postest —el incremento en el nivel de conocimientos acerca de la planificación familiar en el sitio experimental—, fue estadísticamente significativa. Es decir, la intervención en quechua demostró ser exitosa en una de las tres áreas de contenido.

Tabla 1  
Niveles de conocimiento en los talleres

Contenido de conocimiento:	Riesgo reproductivo		Signos de alarma		Planificación familiar	
	Pretest	Postest	Pretest	Postest	Pretest	Postest
Comunidad						
Experimental (Chito)	4.30	4.70	5.30	5.30	3.59	4.78*
Control (Chanin)	4.47	4.56	4.03	4.16	3.63	3.97

\*  $p < .05$ .



La información referente a las encuestas comunitarias realizadas un mes antes ( $N = 120$ ) y un mes después de las intervenciones ( $N = 120$ ) mostraron mejoras en las tres áreas de contenido en Chito y ningún cambio significativo en Chanin. En el postest comunitario, los participantes de Chito mejoraron el desempeño de la prueba más allá del nivel alcanzado en el postest del taller. Los hombres y mujeres de Chito que no habían participado en los talleres también mostraron avances importantes en las encuestas. Sin embargo, la interpretación de estos resultados no puede abordarse de manera directa y, por lo tanto, no se intentará en este documento.

## **Discusión**

Este estudio mostró que los mensajes de IEC son mejor comprendidos cuando se ofrecen en la lengua materna. Los participantes en los talleres aprendieron nuevos conceptos de planificación familiar cuando estaban en quechua, mas no cuando se ofrecían en español. Sin embargo, el estudio también mostró que el quechua por sí mismo no garantiza el aprendizaje. Participantes en los talleres expuestos a los mensajes en quechua acerca de riesgos reproductivos y signos de alarma durante el embarazo no los comprendieron.

La hipótesis más obvia para explicar estos resultados es que los participantes del taller estaban personalmente interesados en la planificación familiar, mas no en otros temas. Sólo algunas de las participantes, si acaso, se encontraban embarazadas en ese tiempo. Contra esta hipótesis, sin embargo, se encuentra el hecho de que no aprendieron acerca de riesgo reproductivo, a pesar de que algunas de ellas se encontraban en riesgo. Una segunda hipótesis interpretativa plantearía que los conceptos de planificación familiar fueron aprendidos porque se recibieron sin resistencia. Las nociones científicas acerca del riesgo reproductivo y los signos de alarma habrían contradicho las creencias tradicionales de las participantes. Esta hipótesis, sin embargo, no toma en cuenta que las participantes en los talleres también tenían creencias tradicionales en relación con la planificación familiar.

Las dos hipótesis asumen que el éxito en la enseñanza de la planificación familiar y el fracaso en la del riesgo reproductivo y los signos de alarma se debieron a cualidades características de las participantes en los talleres. Es posible hacer interpretaciones alternativas preguntándonos si existieron diferencias intrínsecas entre los materiales de aprendizaje y/o su tratamiento por parte de los investigadores. Tal vez los contenidos de planificación familiar eran más concretos y los otros eran más

abstractos. Las diferencias en las puntuaciones también explicarían los resultados. Las respuestas en quechua de las personas se tradujeron al español antes de calificarse. Si esto dio margen a un sesgo, es algo que no sé responde en este reporte.

## Otros títulos de la serie

Documento de trabajo núm. 1. *La anticoncepción de emergencia como elemento de la atención a víctimas de violación*

Ricardo Vernon, Raffaella Schiavon, Silvia E. Llaguno

Documento de trabajo núm. 2. *Educación sobre salud sexual y reproductiva en áreas indígenas de Guatemala a través de maestros bilingües*

Gloria Cospín, Ricardo Vernon

Documento de trabajo núm. 3. *Oferta sistemática de servicios de planificación familiar y salud reproductiva en Guatemala*

Ricardo Vernon, Emma Ottolenghi, Federico León, Jorge Solórzano

Documento de trabajo núm. 4. *Incrementando la utilización de servicios de salud reproductiva en una clínica de Lima*

Aníbal Velásquez, Lissette Jiménez, Adolfo Rechkemer, María E. Planas, Federico R. León, Rubén Durand, Alicia Calderón

Documento de trabajo núm. 5. *Estrategias de información sobre anticoncepción de emergencia*

Martha Givaudan, Ricardo Vernon, Carmen Fuertes, Susan Pick

Documento de trabajo núm. 6. *Encuesta de necesidades de información, educación y comunicación (IEC) sobre salud reproductiva en seis etnias en México*

Javier Cabral, Ángel Flores, Francisco Huerta, Carmen Baltazar, Fabiola García, Concepción Orozco, Carlos Brambila

Documento de trabajo núm. 7. *Costos de las consultas de atención integral en salud reproductiva en Guatemala*

Carlos Brambila, Jorge Solórzano

Documento de trabajo núm. 8. *Uso de listados para detectar y referir mujeres a los servicios de salud reproductiva*

Luis Améndola, Delmy Euceda, Rebecka Lundgren, Irma Mendoza, Norma Ali

Documento de trabajo núm. 9. *La respuesta del consumidor a los cambios de precios de los servicios de planificación familiar y salud reproductiva*

Teresa de Vargas, John H. Bratt, Varuni Dayaratna, James R. Foreit, Daniel H. Kress

Documento de trabajo núm. 10. *Estrategias para involucrar a los hombres en el cuidado de la salud reproductiva: de la administración de la granja a la administración de la familia*

James Foreit, Rebecka Lundgren, Irma Mendoza, Dolores María Valmaña, Judy Canahuati

Documento de trabajo núm. 11. *Sí, se puede: cómo mejorar la calidad de la atención post-aborto en un hospital público. El caso de Oaxaca, México*

Ana Langer, Cecilia García-Barríos, Angela Heimbürger, Lourdes Campero, Olivia Ortiz, Carmen Díaz, Vilma Barahona, Francisca Ramírez, Beatriz Casas, Beverly Winikoff, Karen Stein

Documento de trabajo núm. 12. *Investigación operativa en planificación familiar y salud reproductiva*

Federico R. León

Documento de trabajo núm. 13. *Tres estrategias para promover el sostenimiento de las clínicas de CEMOPLAF en Ecuador*

John H. Bratt, James Foreit, Teresa de Vargas

Se terminó de imprimir en  
Solar, Servicios Editoriales, S.A. de C.V.  
Tel.: 515 1657.  
El tiraje consta de 2,200 ejemplares.