



MARIE STOPES
INTERNATIONAL

Reducción de la mortalidad materna entre refugiadas guatemaltecas repatriadas

AGOSTO 2004

interview

Se logran impactos
significativos en las
conductas a través de
un mejor conocimiento y
acceso a servicios de salud
sexual y reproductiva.



índice

Portada

interior reconocimientos
contribuidores

01 resumen

02 introducción

03 metodología

03 Información demográfica

04 resultados

04 Historia de la salud reproductiva

04 Atención prenatal

04 Identificación de problemas durante el embarazo y el parto

06 Atención durante el parto

07 Conocimiento y uso de la planificación familiar

09 Preferencias de fecundidad

10 Aceptación de Marie Stopes: México

11 conclusión

Contraportada

interior sobre Marie Stopes International
sobre Marie Stopes: México
bibliografía

reconocimientos

Este proyecto fue posible gracias al apoyo de la Fundación Packard a través de la Universidad de Columbia Escuela Mailman de Salud Pública, y de la Fundación Moriah

contribuidores

Cristina Alonso, MPH:

Consultora externa

Sally Hughes:

Oficial de Programas – América Latina/Africa, Marie Stopes International

Julie Pörksen:

Directora de Investigación, Monitoreo y Evaluación, Marie Stopes International

Alan Sadler:

Gerente de Comunicaciones, Marie Stopes International

Para mayor información sobre esta proyecto, por favor póngase en contacto con Marie Stopes: México en el +52 967 6745812 o a info@mariestopes.org.mx

resumen

Marie Stopes: México logró un impacto significativo en la conducta de las personas a través del mejoramiento del conocimiento y del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

Introducción

Guatemala tiene una de las tasas de mortalidad materna más altas de América Latina; en el 2002 se ubicó en 270 por 100,000 nacidos vivos. Los refugiados indígenas que retornaron al país tras la firma de los acuerdos de paz en 1998 son una de las comunidades más pobres y marginadas.

Con el fin de aumentar el conocimiento y mejorar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (SSR), un equipo móvil de Marie Stopes: México cruzaba la frontera para visitar a 22 comunidades de refugiados repatriados en el estado guatemalteco de Huehuetenango. Entre noviembre del 2001 y junio del 2003, la unidad móvil capacitó a más de 28 promotores de salud y a 45 parteras tradicionales. Asimismo, proporcionó cerca de 2,800 servicios de SSR.

Metodología de investigación

El impacto del proyecto se midió a través de una línea de base (junio 2001) y un estudio final (junio 2003) de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) aplicados en 12 comunidades. Se llevaron a cabo unas 388 entrevistas iniciales y 400 entrevistas finales con hombres y mujeres entre 14 y 49 años de edad.

Resultados

Muchos de los cambios en las estadísticas del estudio inicial fueron estadísticamente significativos, incluyendo lo siguiente:

- conocimiento de los problemas durante el parto incrementó de 53% a 67%
- atención prenatal y durante el parto por parte de parteras incrementó de 71% a 89%
- conocimiento de todos los métodos modernos de planificación familiar incrementó. Conocimiento de los

inyectables, por ejemplo incrementó de 41% a 89%

- intención de utilizar métodos de planificación familiar incrementó de 36% a 68%
- utilización de métodos modernos de planificación familiar incrementó de 9% a 30%.

Sólo la mitad de las mujeres entrevistadas podían hablar español y la tasa de alfabetismo en las mujeres se ubica en 37%. Las mujeres analfabetas o aquellas que no hablan español tenían menor probabilidad de conocer o emplear métodos de planificación familiar. Sin embargo, saben más sobre las complicaciones del embarazo que las mujeres que saben leer y escribir y que hablan español.

Conclusión

La investigación muestra que este proyecto ha tenido un impacto significativo en la conducta a través del mejoramiento del conocimiento y del acceso a los servicios de SSR. Se puede atribuir este impacto al equipo de Marie Stopes: México (MS: México), ya que estas comunidades no tienen acceso a otros servicios. Sin embargo, se mantiene una brecha entre quienes manifiestan la intención de utilizar métodos de planificación familiar y quienes los utilizan en la práctica. El mayor entendimiento de las complicaciones del embarazo y del parto, junto con el mayor empleo de la planificación familiar solos no son suficientes para provocar una disminución de la mortalidad materna. El transporte al hospital en casos de emergencia es clave y sigue siendo difícil y costoso. Las organizaciones no gubernamentales (ONG) así como el gobierno de Guatemala necesitan abordar los temas del empoderamiento de las mujeres, el alfabetismo y el ingreso económico para lograr una reducción sostenida en la mortalidad materna.

Atención prenatal y durante el parto por parte de parteras incrementó a 89%.

introducción

Guatemala tiene una de las tasas más altas de mortalidad materna en América Latina; en el 2002 ésta se ubicó en 270 por 100,000 nacidos vivos. Los refugiados indígenas repatriados, que regresaron a zonas aisladas sin servicios públicos, son una de las comunidades más pobres y marginadas del país.

Entre junio del 2001 y octubre del 2003, un equipo de MS: México proporcionó servicios de a las comunidades de repatriados colindantes a la frontera, en el estado de Huehuetenango, Guatemala, por medio de una unidad móvil. El personal de la unidad incluía a un conductor/promotor de salud, una partera tradicional¹, una enfermera y un técnico de salud. Proporcionaron planificación familiar (PF) no quirúrgica y servicios de salud materno-infantil y llevaron a cabo actividades de información, educación y comunicación. Asimismo, promotores de salud y parteras tradicionales estaban capacitados para mejorar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR), así como la sensibilización en torno a éstos. Entre junio del 2001 y octubre del 2003, la unidad móvil proporcionó 2,786 servicios de SSR y capacitó a más de 28 promotores de salud y 45 parteras tradicionales en 22 comunidades rurales.

Este informe describe los resultados de un estudio final de conocimientos, actitudes y practicas (CAP) que se llevó a cabo en una muestra representativa de la población objetivo, y su comparación con los resultados del estudio inicial. También aporta conclusiones que deben ser consideradas para la continuación y la replicación del proyecto.

Objetivos del proyecto

Objetivo general: Mejorar las condiciones de SSR de la población en la zona fronteriza de Guatemala.

Propósito: Aumentar la utilización de servicios de SSR en la zona objetivo, con una orientación hacia los refugiados repatriados.

Resultados anticipados:

1. Mejor acceso a servicios de alta calidad de SSR y salud materna a través de la provisión de un servicio móvil en áreas rurales remotas de la zona fronteriza de Guatemala.
2. Mayor conciencia de temas de SSR entre la población y las organizaciones locales de las áreas rurales remotas de la zona fronteriza en la parte norte de Guatemala.

Con el fin de mantener la mejoras obtenidas en el conocimiento y acceso a servicios de SSR, el proyecto capacitó a promotores de salud y parteras tradicionales existentes.

¹Tipicamente, las *parteras tradicionales* son mujeres sin formación quienes han adquirido conocimiento de cuestiones de embarazo y parto a través de la práctica de atender a mujeres durante su parto. Son estas mujeres que MS: México ha capacitado.

metodología



La evaluación del proyecto la llevó a cabo el equipo del proyecto y un consultor externo. Emplearon estudios CAP iniciales y finales en 12 comunidades, con base a una muestra representativa. El impacto del proyecto se midió a través de 388 entrevistas iniciales (junio 2001) y 400 entrevistas finales (junio 2003). Se entrevistaron a 184 hombres y 204 mujeres, de 14 a 49 años de edad, en el estudio inicial y a 190 hombres y 210 mujeres en el estudio final. Los datos fueron evaluados por un evaluador independiente, que utilizó EpiInfo2000²

Información demográfica

Casi el 100% de la población entrevistada estaba casada o en una relación de pareja. Aproximadamente el 68% de la población entrevistada tenía menos de 35 años de edad, lo cual refleja que es una población joven.

El nivel de analfabetismo es alto tanto en hombres (39%) como mujeres (63%). El nivel de analfabetismo no cambió de forma significativa entre el estudio inicial y el estudio final. Además, se encontró que apenas la mitad de las mujeres que participaron en el estudio pueden hablar español. Este porcentaje no cambió de forma significativa

entre los dos estudios, lo cual indica que los niveles y oportunidades educativas no cambiaron significativamente para las mujeres adultas en los dos años que duró el proyecto.

Al igual que en el estudio inicial, la mayoría (71%) de la población habían estado refugiada en México. Aproximadamente una quinta parte no estuvo refugiada ni fue desplazada y, por tanto, son nativos de la zona en la que se llevó a cabo el proyecto. El 7% restante estuvo desplazado dentro de Guatemala. Estas proporciones no variaron de forma significativa con relación al estudio inicial. En la población entrevistada, su condición de refugiado se mantuvo por poco más de 12 años en promedio.

² Un valor P de menos de 0.05 indica que hay una diferencia estadística significativa entre el estudio inicial y el final. Estos cambios aparecen en rojo fuerte en las gráficas.

resultados



Historia de la salud reproductiva

Apenas el uno por ciento de la población en el estudio no tenía hijos, lo cual indica que hay altos niveles de paridad incluso en individuos jóvenes. La mayoría de las personas menores de 20 años (90%) tiene de uno a tres hijos; esto es importante ya que muestra que la paridad inicia a una edad temprana. Los individuos entre 20 y 34 años de edad tienen un promedio de cuatro a seis hijos. La gran mayoría de los individuos de 35 años o más tienen más de seis hijos.

Las altas tasas de fecundidad en estas comunidades también se reflejan en el alto número de parejas que han tenido un hijo en los últimos dos años (58%) y las que están actualmente embarazadas (14%). No hubo un cambio significativo en las tasas de fecundidad durante el transcurso del proyecto. Es notable que una cuarta parte de las mujeres de más de 45 años de edad dieron a luz en los últimos dos años y el 6.5% de ellas estaba embarazada cuando se llevó a cabo el estudio.

Atención prenatal

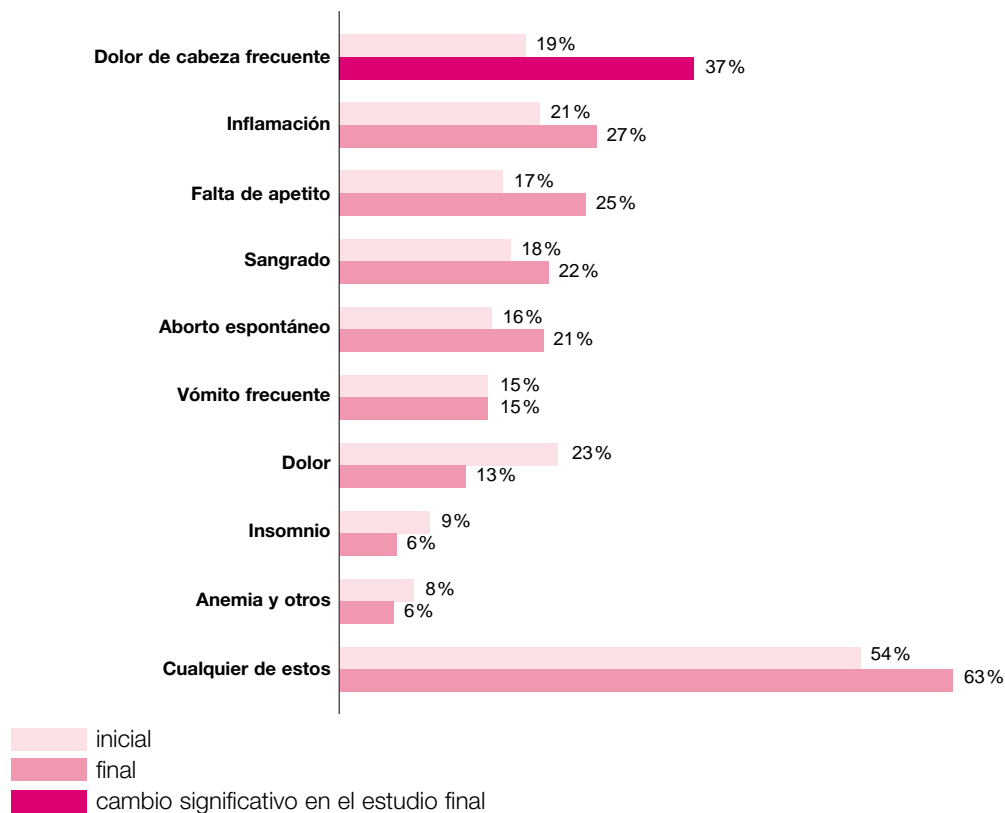
Del 58% de las mujeres que habían tenido un parto en los últimos dos años, todas habían buscado obtener atención durante el periodo prenatal o durante el parto, lo cual representa un aumento importante y

significativo comparado con el estudio inicial, en donde el 66% buscó obtener atención prenatal. El número de consultas prenatales fue alto, con un promedio de 13. Sin embargo, cabe notar que la cantidad de consultas prenatales no necesariamente es indicativa de la calidad de la atención o de la calificación profesional del proveedor. Con frecuencia, las consultas prenatales en las comunidades objetivo se describen como “*sobadas*” o masajes, que sirven para colocar el feto en la posición indicada, “*cerrar la espalda al aire*” y otros tratamientos tradicionales Mayas para síntomas determinados culturalmente. Sin embargo, es importante destacar que durante el transcurso del proyecto se registró un aumento significativo en la atención prenatal.

Identificación de problemas durante el embarazo y el parto

En el estudio inicial, el 40% de las mujeres reportaron un problema durante por lo menos un embarazo; estos problemas incluyeron inflamación (12%), dolores de cabeza frecuentes (19%) y falta de apetito (17%). El 17% de las mujeres registraron un aborto espontáneo en algún momento de su historial reproductivo.

Gráfica 1: Identificación de problemas relacionados con el embarazo

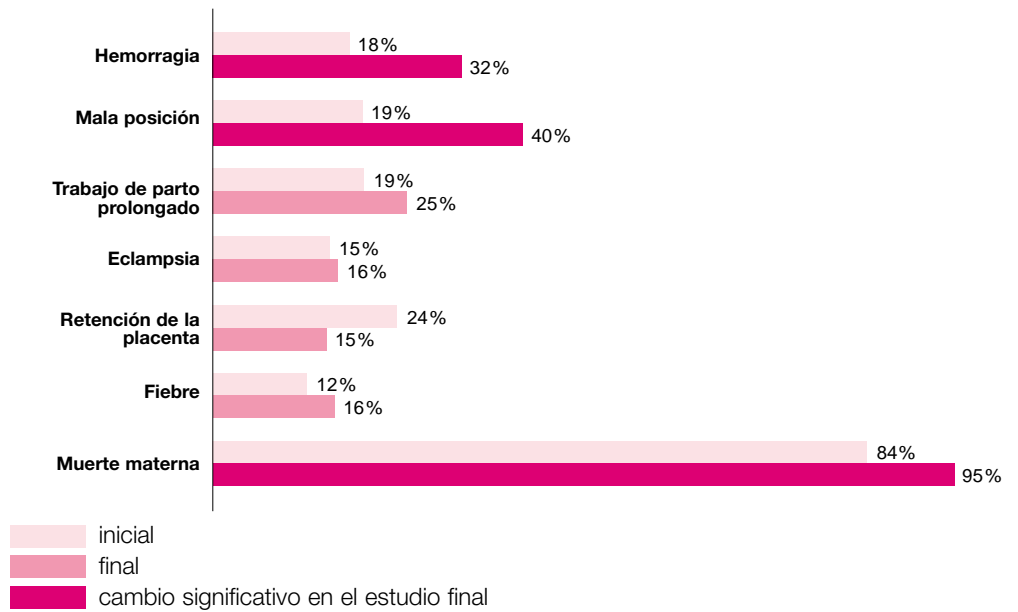


La identificación de los problemas que se pueden presentar durante el embarazo aumentó entre el estudio inicial y el final, aunque no de forma significativa. El problema identificado más común en el estudio final, señalado por el 37% de la población entrevistada, fue el dolor de cabeza frecuente. Cabe notar que éste fue el único problema sobre el cual hubo un aumento significativo en términos de conocimiento. En general, el reconocimiento de los problemas durante el embarazo sigue bajo, tal como muestra la gráfica 1.

Hubo una correlación negativa significativa entre el conocimiento de los problemas durante el embarazo y tanto la tasa de analfabetismo como la capacidad de hablar español, particularmente en el caso de las mujeres: el 70% de las mujeres que no puede leer fueron capaces de identificar un problema relacionado con el embarazo en comparación con el 49% de las mujeres que sí pueden leer, mientras que el 62% de las mujeres que no hablan español pudieron

identificar problemas comparado con el 56% que sí hablan español. Sin embargo, es importante destacar que las mujeres analfabetas presentaron mayores tasas de aborto espontáneo y una mayor frecuencia de dolores de cabeza durante el embarazo, lo cual es un indicio de que las mujeres analfabetas tienen mayores niveles de desnutrición y un peor estado de salud.

Gráfica 2: Identificación de problemas relacionados con el parto



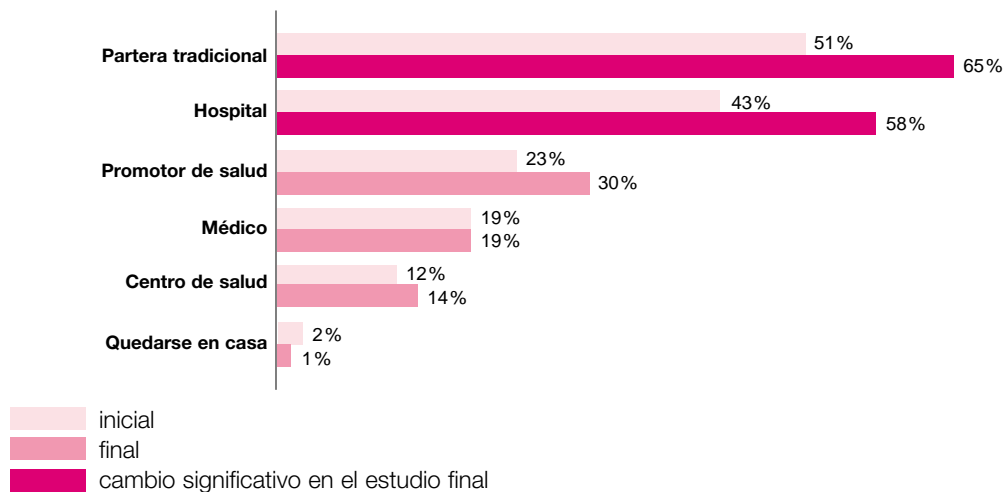
Hubo una mejora significativa en la identificación de los problemas que se pueden presentar en el parto, que subió de 53% en el estudio inicial a 67% en el estudio final. Los dos problemas cuya tasa de identificación mejoró significativamente fueron la hemorragia y la mala posición: el 32% de la población en el estudio final reconoció la hemorragia como un problema, comparado con 18% en el estudio inicial; por su parte, la identificación de la mala posición del feto como un problema subió a 40% en el estudio final comparado con 19% en el estudio inicial. El conocimiento de otros problemas de parto, como el parto prolongado, la eclampsia y la fiebre también aumentó, mientras que el número de individuos que identificaron la retención de la placenta como un riesgo bajó, aunque no de forma significativa. Por último, es importante señalar que junto con un mayor conocimiento de los riesgos de parto, el conocimiento de que las mujeres pueden morir durante el nacimiento también aumentó significativamente, ya que pasó de 84% a 95%.

Al igual que en el caso del embarazo, el conocimiento de los problemas en el parto estuvo negativamente correlacionado con la tasa de alfabetismo y el conocimiento del español. Es interesante destacar que el 75% de las mujeres analfabetas y el 74% de las mujeres que no pueden hablar español identificaron los problemas que se presentan en el parto, que son tasas mucho mayores comparadas con los casos de las mujeres que saben leer (55%) y las mujeres que pueden hablar español (62%).

Atención durante el parto

Para mejorar la prevención y el tratamiento de problemas que se presentan en el parto, el proyecto capacitó a parteras tradicionales y promotores de salud para que tomen medidas si se presentara el caso, a través del aprendizaje de nuevos conocimientos y habilidades técnicas y enfatizando la importancia de utilizar transporte a una unidad de salud en el momento adecuado. Tal como se puede ver en la gráfica 3, el proyecto tuvo éxito en términos de aumentar significativamente la percepción que las parteras y los hospitales son puntos adecuados para buscar atención en caso de presentarse problemas en el parto.

Gráfica 3: Dónde buscar atención en caso de problemas en el parto



Todas las mujeres que dieron a luz en los últimos dos años contaron con una persona que las atendió durante el nacimiento, lo cual representa un aumento comparado con el 86% registrado en el estudio inicial. Esto refleja un importante éxito que se puede atribuir a la presencia del equipo de MS: México.

La atención durante el parto fue dada en la mayoría de los casos por una partera tradicional. Una parte del incremento en la asistencia de parteras entre el estudio inicial y el final se puede atribuir a una baja en el uso del promotor de salud. Este cambio es positivo ya que las parteras, aunque no siempre están muy capacitadas o tienen mucha experiencia, por lo general tienen un mayor conocimiento y experiencia en partos que los promotores de salud que atienden una amplia gama de cuestiones médicas. Adicionalmente, la mayoría de los promotores de salud son varones y las mujeres con frecuencia se sienten más cómodas si otras mujeres atienden sus partos.

En estas comunidades, la decisión de acudir a un hospital en caso de presentarse un problema durante el parto requiere el consenso de varios miembros de la familia. La gráfica 4 muestra esto e ilustra el escaso poder de decisión que tienen las mismas mujeres. El porcentaje de mujeres que toman la decisión de acudir al hospital bajó de

forma significativa, de casi la mitad a 14% en el estudio final.

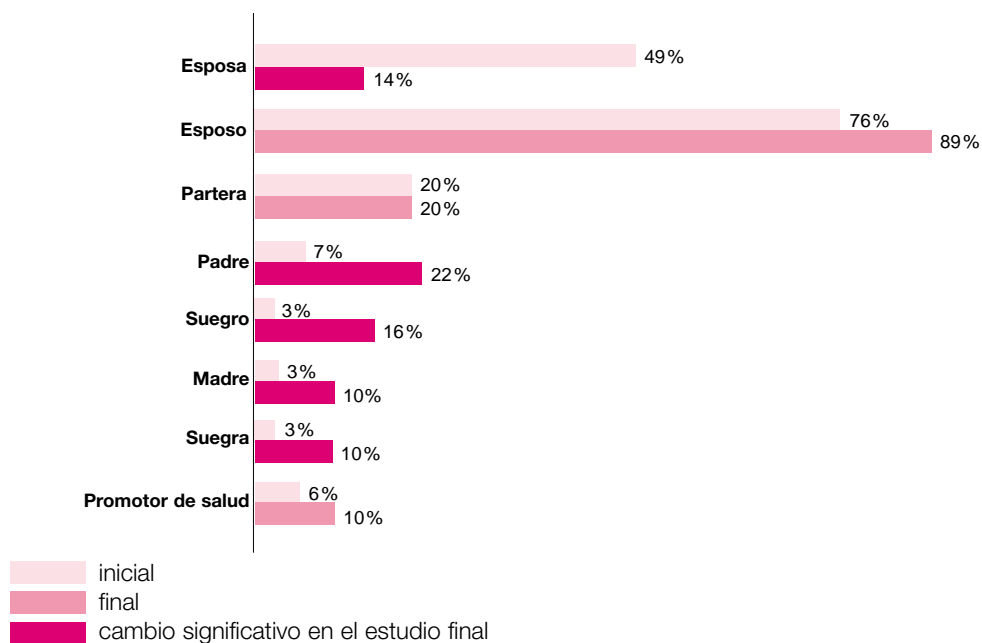
De forma opuesta, el poder de decisión de los miembros de la familia de mayor edad, incluyendo a los padres y a los suegros, las madres y suegras, aumentó significativamente. Los esposos siguen siendo, en el 88% de los casos según el estudio final, quienes toman las decisiones más importantes en cuestión de acudir a un hospital.

Conocimiento y uso de la planificación familiar

Al principio del proyecto, el estudio inicial reveló que había niveles muy bajos en el uso de métodos modernos de planificación familiar, algo que se refleja en las altas tasas de fecundidad descritas previamente. Como el proyecto se enfocó en la promoción de métodos modernos de planificación familiar, los resultados que se presentan en la gráfica 5 se refieren a estos métodos. Tanto el estudio inicial como el final encontró que el uso de hierbas, del método de ritmo y otros métodos tradicionales también es bajo.

El conocimiento de la planificación familiar moderna aumentó significativamente para todos los métodos durante el proyecto y eso se puede atribuir al trabajo de MS: México. En el caso de las pastillas anticonceptivas orales, el conocimiento aumentó de 54% en el estudio inicial a 85%, mientras que el conocimiento de los inyectables subió de

Gráfica 4: Personas que influyen en la decisión de acudir al hospital



41% a 89%. El conocimiento de la oclusión tubaria casi se duplicó, mientras que el conocimiento de la vasectomía, los condones y los DIU aumentó por un factor de más de dos durante el transcurso del proyecto.

Como era de esperarse, debido al mayor conocimiento y acceso a métodos, el uso de estos también aumentó significativamente, de 22% que empleó alguna vez un método a 44%. El incremento más significativo se presentó en el caso de los inyectables, preferencia por la cual rebasó a la de la píldora y alcanzó un nivel de 27% en el estudio final. Hubo variaciones poco importantes en la tasa de empleo en alguna ocasión de los demás métodos.

El uso de métodos de planificación familiar en el presente o en el pasado no varió significativamente según la experiencia en torno al desplazamiento, el nivel de alfabetismo o el grupo de edad, excepto en el caso de las pastillas que aumentó entre mujeres de 35 a 44 años de edad. Sin embargo, sí estuvo asociado con el conocimiento del español en las mujeres. Entre aquellas que sí hablan español, el 45% utilizó en alguna ocasión un método,

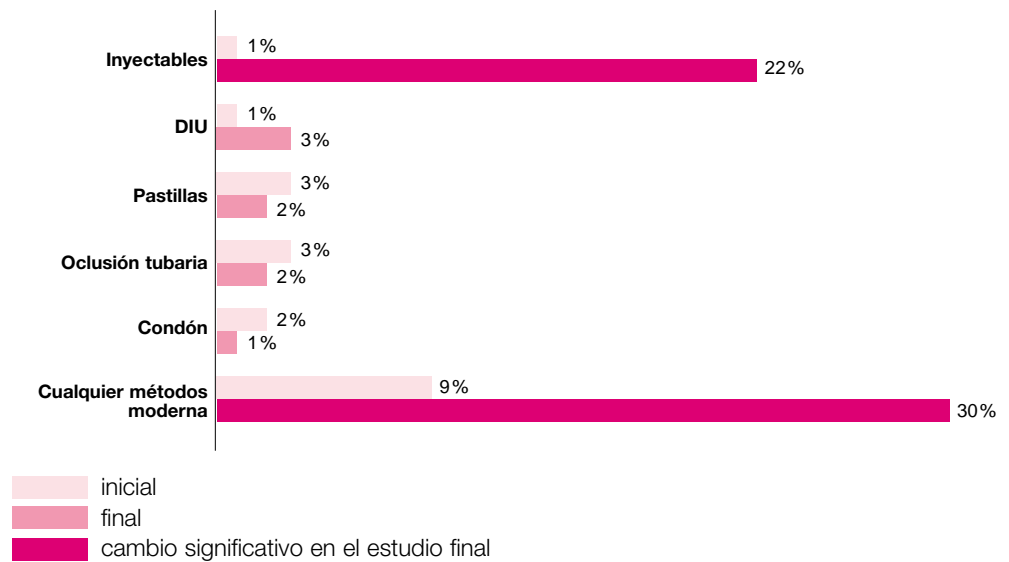
comparado con 30% en el caso de las mujeres que no hablan español.

El uso actual de métodos modernos también aumentó de 9% en el estudio inicial a 30% en el estudio final (gráfica 5). Esto se puede atribuir en buena medida al incremento significativo en el uso de inyectables, que pasó de 1% a 22%. El uso de DIU también aumentó, mientras que la preferencia por las pastillas y la oclusión tubaria se mantuvo constante y el empleo de condones bajó. El uso actual de métodos no varió según el grupo de edad o la experiencia en términos de desplazamiento.

En el caso de las mujeres, el uso actual de métodos de planificación familiar estuvo significativamente asociado con el alfabetismo y el conocimiento del español. Las mujeres que saben leer tenían una probabilidad casi dos veces mayor de usar un método moderno comparado con las mujeres analfabetas. Es interesante notar que la condición de alfabetismo de los hombres no afectó el uso actual de métodos por parte de sus esposas. Entre las mujeres que hablan español, el 40% usan un método comparado con el 14% de las mujeres que no hablan español.

El estudio final muestra un aumento significativo en el conocimiento de todos los métodos modernos de planificación familiar.

Gráfica 5: Porcentaje de mujeres que actualmente usan un método moderno de planificación familiar



El conocimiento de los lugares en donde los individuos pueden comprar métodos de planificación familiar mejoró significativamente, de 49% a 90%.

Todavía hay un porcentaje importante de la población que actualmente no usa ningún método (70%). Sólo el 37% de la población señaló un motivo por el cual no los usan; la razón mencionada con mayor frecuencia es la falta de conocimiento de los métodos o de la forma en que funcionan.

El conocimiento de los lugares en donde los individuos pueden comprar métodos de planificación familiar mejoró significativamente, de 49% a 90% (gráfica 6). Casi una tercera parte de la población identificó a MS: México y el 64% - un nivel casi tres veces mayor comparado con el nivel observado en el estudio inicial - identificó a los promotores de salud como fuentes de métodos de planificación familiar. Este es un resultado positivo, ya que la unidad móvil de MS: México viaja entre comunidades, mientras que los promotores de salud, que reciben métodos de planificación familiar de MS: México, viven en la comunidad, lo cual facilita el acceso. La identificación de farmacias y médicos como fuentes de planificación familiar también aumentó significativamente, de 6% a 14% y de 10% a 23%, respectivamente. Sin embargo, cabe notar que no hay ni farmacias ni médicos en estas comunidades.

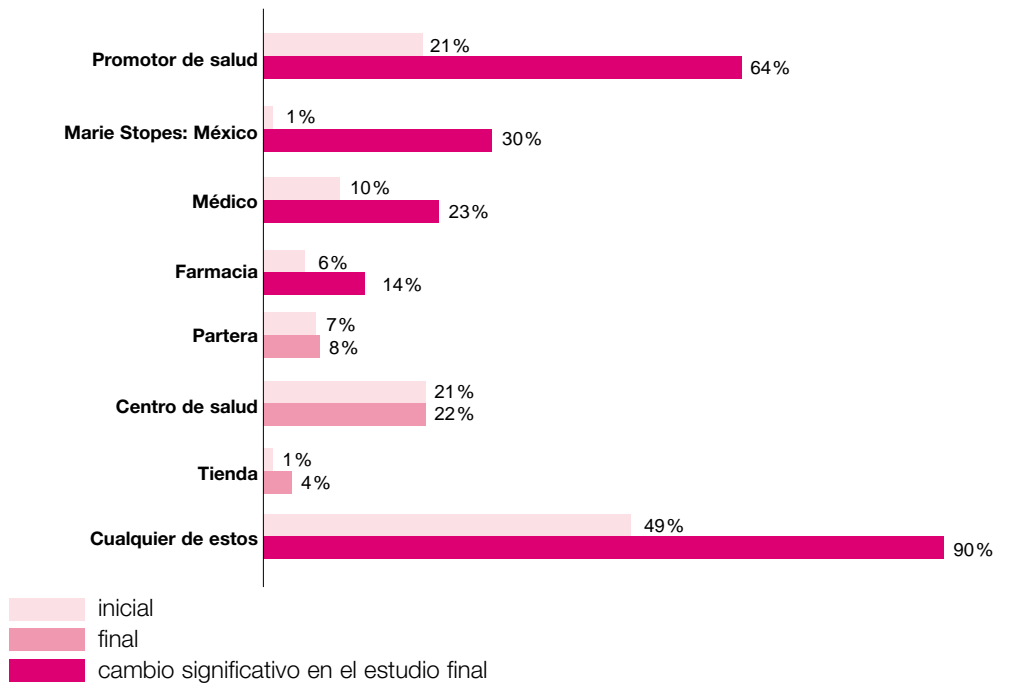
Preferencias de fecundidad

El estudio también tuvo como objetivo investigar las preferencias e intenciones de fecundidad. A pesar de las altas tasas de fecundidad, más de la mitad de la población afirmó que quería tener otro hijo. Es interesante notar que, a pesar de una reducción de 17% en el estudio inicial, el 10% de los sujetos en el estudio final afirmaron que no sabían si querían otro hijo. De forma similar, el 11% afirmó que no decidían cuándo se embarazaban, lo que representa un aumento significativo comparado con el estudio inicial. Esto quizá ilustra que las mujeres sienten que no tienen control sobre su propia fecundidad.

Cabe notar que el 18% afirmó que querían quedar embarazadas después de un año, lo cual indica que hay demanda por métodos de corto plazo para el espaciamiento de los nacimientos. Este porcentaje no varió de forma significativa comparado con el nivel observado en el estudio inicial.

La demanda de métodos de planificación familiar también se refleja en el hecho que el 68% de la población afirmó que les gustaría usar un método. Esto representa un aumento significativo con relación al nivel del estudio inicial, en donde el 36% mostró

Gráfica 6: Lugar identificado para la compra de métodos de planificación familiar



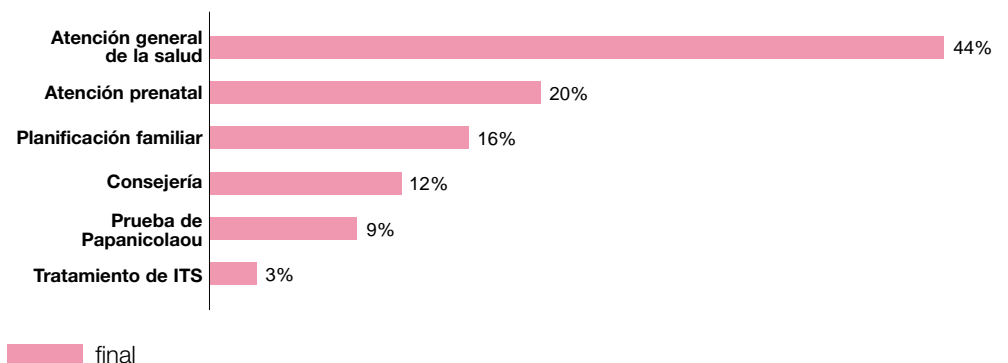
interés en usar la planificación familiar. Es importante asegurar que proyectos futuros que busquen aumentar el conocimiento de métodos de planificación familiar puedan satisfacer la demanda subsiguiente para estos métodos.

Aceptación de MS: México

Por último, el estudio final investigó la aceptación local de MS: México. Se encontró que tanto el conocimiento como la aceptación son muy altos. Casi toda (el 96%) la población había escuchado sobre

MS: México y el 93% consideró que sus servicios eran importantes o muy importantes. A pesar del conocimiento y la importancia aparente de MS: México, el nivel de uso de sus servicios fue relativamente bajo (gráfica 7). Los servicios generales de salud fueron utilizados por el 44% de la población, lo cual muestra el limitado acceso a proveedores de salud en la zona. Una de cada cinco mujeres utilizó los servicios de atención prenatal de MS: México y el 16% acudió al equipo para recibir planificación familiar.

Gráfica 7: Uso de los servicios de Marie Stopes: México



conclusión



La similitud de los datos demográficos tanto del estudio inicial como del final indica que no hubo un cambio significativo en los recursos y las oportunidades para la población objetivo desde su regreso a Guatemala, lo cual resalta su aislamiento. Efectivamente este aislamiento sirvió de control para la investigación. MS: México es el único proveedor de información y servicios de salud relacionados con la SSR en la zona, por tanto, las mejoras positivas en el conocimiento, acciones y uso de servicios de SSR se pueden atribuir en su totalidad al trabajo del equipo.

Aunque MS: México tuvo un impacto importante en términos de aumentar el conocimiento y uso de métodos de planificación familiar, las tasas de fecundidad en esta zona siguen siendo altas. Los resultados sugieren que la fecundidad todavía es muy apreciada y que muchos consideran el embarazo como un evento aleatorio, no controlable o predestinado. Los datos de fecundidad en el estudio final son similares no sólo a los datos del estudio inicial, sino también a los datos de la *Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil, 1998/99* lo cual apunta hacia un bajo nivel de uso de planificación familiar en el país. Las altas tasas de fecundidad tienen implicaciones importantes para la mortalidad y morbilidad materna.

Los puntos de vista sobre el valor de las mujeres como madres se muestran en los datos relacionados con las percepciones sobre los problemas del embarazo. A pesar

de mayores niveles de conocimiento, parece que no se considera al embarazo como un periodo particularmente problemático, sobre todo en el caso de las mujeres jóvenes. El embarazo y otros problemas de salud reproductiva, como las ITS, todavía pueden ser considerados como temas privados.

Sorprendió que las mujeres que no pueden leer o hablar el español mostraron mayor capacidad para identificar un problema en el embarazo comparado con aquellas que sí pueden leer y hablar español. Este resultado quizá refleje una mayor experiencia con el embarazo en general y un mayor porcentaje, en términos proporcionales, de problemas durante el embarazo y el parto.

Cabe notar que los jóvenes de menos de 20 años de edad siempre mostraron resultados más bajos en cuanto a la identificación de problemas específicos (aunque no significativamente menor). Esto ilustra la falta de conciencia sobre los posibles riesgos del parto entre los jóvenes quienes ya están teniendo hijos, lo cual debe ser atendido para evitar una mayor mortalidad materna en el futuro.

El aumento en la identificación de los problemas que se pueden presentar durante el parto es un éxito importante del programa, ya que quizá el mejor reconocimiento de los problemas de parto permita que se pueda obtener el transporte y la atención apropiada, que a su vez debería reducir la mortalidad materna.

El uso de metodos modernos de planificacion familiar ha aumentado debido a un mayor conocimiento y a un mayor acceso a estos.

El proyecto tuvo como propósito incrementar el número de mujeres que son atendidas por un asistente capacitado durante el parto, con el fin de reducir la mortalidad a través de la atención o derivación de forma adecuada de mujeres que presentan riesgos o problemas durante el parto. El hecho que todas las mujeres en el estudio final fueron atendidas en sus partos es un éxito importante y significativo. No obstante, se debe señalar que no todos los que atienden un parto están bien capacitados; una partera tradicional puede ser considerada como tal si asistió a sólo una sesión de capacitación o a un parto. Además, la presencia en el parto de una partera capacitada no garantiza del todo que una mujer sea transportada a un hospital cuando es necesario, ya que la decisión puede estar en manos de otros.

Aunque la mayoría afirmó que acudirían a un hospital en caso de que se presentara un problema durante el parto, el transporte es difícil, costoso y, con frecuencia, las mujeres afirmaron que *“preferirían morir en casa”*. La cuestión de transporte, junto con estos puntos de vista y el porcentaje bajo y estable de mujeres que dan a luz en hospitales, subrayan la importancia de mejorar la calidad de los que atienden partos en esta zona. Las mujeres se enfrentan con la falta de poder en la toma de decisiones en lo referente al traslado al hospital. Los cónyuges son los tomadores de decisión más importantes, mientras que los padres y suegros también desempeñan un papel relevante. La dinámica de género debe ser atendida para reducir la mortalidad materna y mejorar los derechos y las vidas de las mujeres.

A pesar de la falta de control que las mujeres sienten en cuanto a su fertilidad, muchas mujeres sabían que podían obtener métodos de planificación familiar por medio tanto de los promotores de salud como de MS: México. Su uso ha aumentado debido a un mayor conocimiento y a un mayor acceso a estos. Es significativo que la presencia de MS: México aumentó el uso de la planificación familiar a niveles nacionales, cuando antes habían sido significativamente más bajos.

En el caso de las mujeres, el uso de la planificación familiar estuvo asociado con el

conocimiento del español. Esto puede ser un reflejo de un mayor acceso a la educación, los materiales, recursos y la comunicación directa con todos los miembros del equipo, ya que sólo un integrante del equipo de la unidad móvil hablaba el idioma local. La preferencia por los anticonceptivos inyectables puede indicar que las mujeres prefieren un método fácil de usar o, quizá, que todavía tengan que usar un método a escondidas. El bajo uso de las pastillas y del DIU puede indicar que los mitos que rodean a estos métodos todavía están vigentes en la comunidad y que éstos representan una barrera para su uso. El empleo de condones todavía es muy bajo y debe ser alentado para la prevención del VIH y otras ITS. Los datos confirman la necesidad de mejorar la educación de SSR dirigida a la gente joven y de llevar a cabo un esfuerzo enfocado a los varones jóvenes.

A pesar del éxito del proyecto en términos de aumentar el uso de la planificación familiar, un porcentaje importante de la población sigue sin usar ningún método. Los resultados muestran que el proyecto no logró cubrir a toda la población. Esto confirma que se requiere más trabajo en el futuro para reducir las barreras en torno a la planificación familiar.

Para concluir, el proyecto cumplió con éxito sus objetivos de aumentar las consultas prenatales, incrementar el nivel de atención durante el parto, subir el conocimiento sobre métodos anticonceptivos y su uso, asegurar el acceso a métodos anticonceptivos e incrementar el número de adultos de ambos sexos que reconocen las complicaciones obstétricas. Sin embargo, hay múltiples factores, como la inequidad de género y las condiciones socioeconómicas en Guatemala, que no pudieron ser atendidos adecuadamente debido a la duración y alcance del proyecto y que limitaron su impacto. Una reducción sostenida en la morbilidad y mortalidad materna requiere el compromiso de las partes involucradas, incluyendo al gobierno de Guatemala, para atender estos temas con el fin de establecer un entorno favorable para asegurar un nivel básico de salud sexual y reproductiva para toda la población.

Marie Stopes International

La Asociación Global Marie Stopes International provee servicios e información sobre salud sexual y reproductiva a más de 4 millones de personas en 37 países, apoyando el derecho de hombres y mujeres de elegir cuándo y cuántos hijos tener y de mantenerse en buena salud. La red global de servicios son sostenibles, apropiados a cada país y de alta calidad.

Marie Stopes: México

Marie Stopes: México fue establecido en el 1999 para la realización de actividades educativas y la provisión de servicios en turno de la salud sexual y reproductiva en el estado de Chiapas. El enfoque del programa es la provisión de servicios adecuados y accesibles para la población mestizo e indígena a través de centros de atención en San Cristóbal de las Casas, Comitán y Tuxtla Gutiérrez así como unidades móviles visitando las comunidades rurales. El programa acaba de abrir un centro de información, educación y capacitación para adolescentes en conjunto con la secretaria de salud. MS: México utiliza técnicas de mercadeo social para el mercadeo de condones y anticonceptivos de emergencia. Asimismo, opera una línea telefónica de información sobre anticonceptivos de emergencia, dirigido a la población joven.

Para mayor información, por favor póngase en contacto con Laura Miranda Arteaga, Directora de Programa, Marie Stopes: México: info@mariestopes.org.mx

bibliografía

UNFPA. 2003. *State of world population 2003*. New York: UNFPA

Macro International Inc 2000. *Guatemala demographic and health survey, 1998/99*.

Marie Stopes International

153–157 Cleveland Street
London W1T 6QW
United Kingdom

Telephone

+44 (0)20 7574 7400

Facsimile

+44 (0)20 7574 7417

Email

info@mariestopes.org.uk

Website

www.mariestopes.org.uk

Registered Charity No.

265543

Company No.

1102208