

Bolivia



Más de 500.000 mujeres y niñas mueren en todo el mundo cada año a causa de las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. Más del 99% de estas defunciones ocurren en países en desarrollo tales como Bolivia; pero las defunciones maternas solamente cuentan parte de la historia. Por cada mujer o niña que muere a consecuencia de causas relacionadas con el embarazo, habrá de unas 20 a 30 más que desarrollen trastornos a corto y largo plazo, tales como fistula obstétrica, ruptura del útero, o enfermedad pélvica inflamatoria (ver cuadro en la página 2).

La tasa de mortalidad maternal en Bolivia continúa a un nivel inaceptablemente alto. A pesar de que las cifras de mortalidad materna varían ampliamente según su procedencia y son sumamente polémicas, los mejores cálculos obtenidos para Bolivia indican que entre 1.500 y 3.700 mujeres y niñas mueren cada año a consecuencia de complicaciones relacionadas con el embarazo. Además, cada año, de unas 30.000 a 111.000 mujeres y niñas sufrirán trastornos a consecuencia de las complicaciones del embarazo y el parto.¹

La tragedia, y oportunidad al mismo tiempo, es que la mayoría de estas defunciones pueden evitarse con servicios sanitarios eficaces en función de los costos. La reducción de la mortalidad materna y los trastornos relacionados con la maternidad dependerán de poder identificar y mejorar aquellos servicios de importancia crítica para la salud de las mujeres y niñas de Bolivia, tales como la atención prenatal, atención obstétrica de urgencia, atención posparto adecuada para las madres y sus bebés, y servicios de planificación familiar y de ITS/VIH/SIDA. Con este objetivo presente, el Índice de Esfuerzo de Programa Materno y Neonatal (Maternal and Neonatal Program Effort Index, o MNPI) será un instrumento de ayuda que los gestores y defensores de la salud reproductiva, profesionales y planificadores de programas sanitarios podrán utilizar para:

- Evaluar los servicios sanitarios actuales;
- Señalar los puntos fuertes y deficiencias de los programas;
- Planificar estrategias para tratar las deficiencias;
- Incitar el apoyo político y popular para tomar medidas apropiadas; y
- Medir el progreso continuado de dichos programas.

Bolivia en Cifras

Población a mediados de 2002	8,800,000
Edad media de las mujeres que se casan por vez primera	21 años
Partos asistidos por personal cualificado	59%
Tasa total de fertilidad (cifra media de hijos que tiene una mujer durante su vida)	4.1
Porcentaje de mujeres que tienen hijos antes de los 20 años	36%
Niños menores de 6 meses que reciben lactancia materna exclusiva	50%
Uso de métodos anticonceptivos modernos entre mujeres casadas de 15-49 años de edad	25%
Políticas del aborto, 2000	Permitida cuando peligran la salud mental o física de la madre.

Fuentes: Population Reference Bureau - 2002 *Women of Our World*; *The World Youth 2000*; 2002 *World Population Data Sheet*; y 1999 *Breastfeeding Patterns in the Developing World* (ver <http://www.worldpop.org/datafinder.htm>).

Los programas sanitarios dirigidos a mejorar la salud materna necesitarán contar con el fuerte respaldo de las autoridades, el adiestramiento adecuado de los profesionales sanitarios y servicios logísticos que faciliten el establecimiento de los mismos. Una vez establecidas las normas y los programas maternos y neonatales, deberá garantizarse que toda niña y mujer tenga igualdad de acceso a todos los servicios posibles.

Cómo comprender las causas de mortalidad y morbilidad maternas

La mortalidad materna se refiere a aquellas defunciones a consecuencia de complicaciones causadas por el embarazo y el parto. Estas complicaciones pueden suceder durante el embarazo o el parto, o pueden ocurrir hasta 42 días después del parto. Por cada mujer que perece, muchas más sufrirán lesiones, infecciones y trastornos como consecuencia de las complicaciones del embarazo o el parto, tal como la fistula obstétrica.² Sin embargo, en la mayoría de los casos, la mortalidad y trastornos maternos pueden evitarse con intervenciones sanitarias apropiadas.³

Entre algunas de las causas médicas directas de mortalidad materna se encuentran la hemorragia o sangrado, infección, aborto en condiciones de riesgo, trastornos por hipertensión, y parto obstruido. Otras causas incluyen el embarazo ectópico, embolia, y riesgos relacionados con el uso de anestesia.⁴ Condiciones médicas tales como la anemia, diabetes, malaria, infecciones de transmisión sexual (ITS), y otras también pueden aumentar el riesgo de las complicaciones a que está expuesta una mujer durante el embarazo y el parto y que, por tanto, son causas indirectas de mortalidad y morbilidad maternas. Puesto que la mayoría de las defunciones maternas ocurren durante el parto o el puerperio, si surgiesen complicaciones, el cuidado obstétrico de urgencia, los asistentes de parto cualificados, la atención posparto y el transporte a servicios médicos serían todos componentes necesarios de las estrategias dirigidas a reducir la mortalidad materna.⁵ Por lo común estos servicios son particularmente escasos en áreas rurales, y por ello deberán tomarse medidas especiales para aumentar la provisión de servicios en estas áreas.

Los esfuerzos para reducir la mortalidad y morbilidad maternas también deben abordar los factores sociales y culturales que influyen en la salud de la mujer y su acceso a los servicios. La baja posición social de una mujer, la falta de acceso a recursos y control de los mismos, la escasez de oportunidades de educación, deficiente nutrición, y la falta de poder decisorio contribuyen de manera significativa a los resultados adversos del embarazo. La existencia de leyes y políticas tales como aquellas que dictan que una mujer obtenga primero el permiso de su cónyuge o padres, tal vez desanimen a las mujeres a acudir a los servicios de salud que necesitan, en particular si se busca discreción, como cuando se acude a servicios de planificación familiar, aborto o para el tratamiento de ITS.

Una costumbre tradicional que afecta el estado de la salud materna es el matrimonio a una edad muy joven. Muchas mujeres de países en desarrollo se casan antes de los 20 años. El embarazo en muchachas jóvenes, cuyos cuerpos todavía están creciendo y desarrollándose, es un riesgo que puede tener serias consecuencias para la salud de la madre y de su bebé.

Las consecuencias de la mortalidad y morbilidad maternas no afectan sólo a la mujer sino también a su familia y comunidad. Los niños que quedan huérfanos de madre corren mayor riesgo de morir o de tener otros problemas, tal como la desnutrición. La pérdida de las mujeres durante sus años más productivos significa también una pérdida de recursos para la sociedad entera.

Para asegurar una maternidad sin riesgos es necesario reconocer y apoyar los derechos de las mujeres y las niñas para que lleven vidas sanas en las cuales tengan control de los recursos y decisiones que afectan su salud y seguridad. Esto exige que se den a conocer bien las complicaciones asociadas con el embarazo y el parto, que se dé acceso a servicios sanitarios de alta calidad (prenatal, parto, posparto, planificación familiar, etc.), y que se eliminen las prácticas perjudiciales.

Índice de Esfuerzo de Programa Materno y Neonatal (MNPI)

En 1999, aproximadamente 750 expertos en el campo de la salud reproductiva evaluaron y calificaron los servicios de salud materno-neonatal como parte de una evaluación que comprendió 49 países en desarrollo.⁶ Los hallazgos de este estudio componen el MNPI, el cual proporciona las evaluaciones de los servicios pertinentes tanto a nivel internacional como evaluaciones específicas por país. Por medio de una metodología comprobada para evaluar programas y servicios,⁷ la cual estuvo compuesta de 10 a 25 expertos en cada país que aunque estaban familiarizados con los programas de salud materna del país no eran directamente responsables de los mismos, se evaluaron 81 aspectos individuales de los servicios de salud materno-neonatal usando una escala del 0-5. A modo de conveniencia, cada evaluación se multiplicó por 20 a fin de obtener un índice que se extiende del 0 al 100 y en el que el 0 representa una evaluación baja y el 100 una evaluación alta.

Los 81 aspectos evaluados provienen de las 13 categorías que a continuación se detallan:

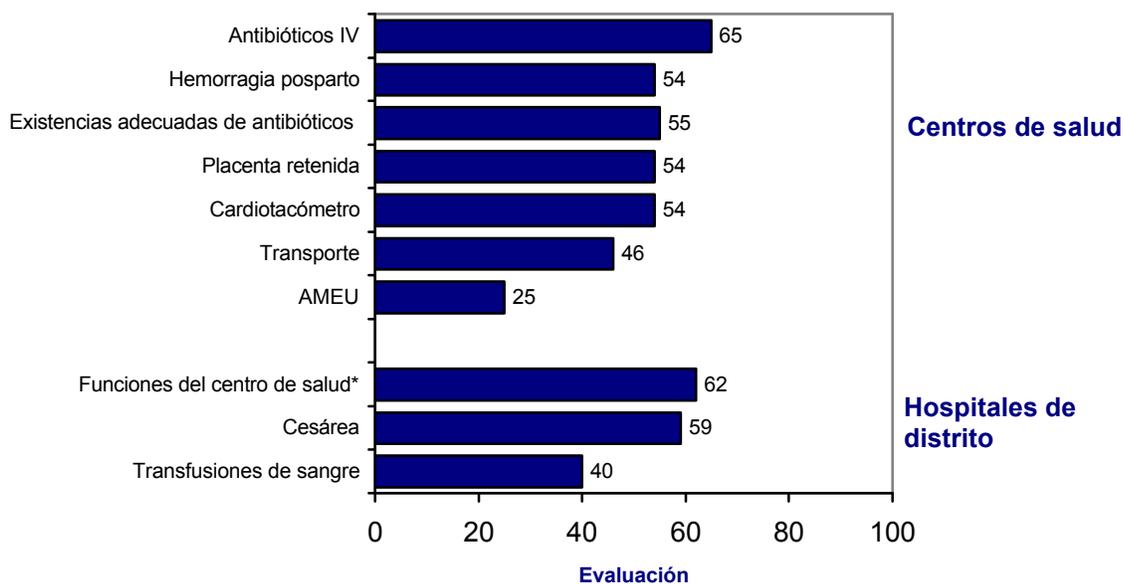
- Capacidad del centro de salud;
- Capacidad del hospital de distrito;
- Acceso a los servicios;
- Atención prenatal;
- Atención de salud durante el parto;
- Atención neonatal;
- Servicios de planificación familiar en los centros de salud;
- Servicios de planificación familiar en los hospitales de distrito;
- Normas dirigidas al embarazo y parto seguros;
- Idoneidad de los recursos;
- Promoción de la salud;
- Adiestramiento del personal; y
- Vigilancia e investigación.

Los aspectos de estas categorías pueden agruparse en cinco tipos de eficacia del programa: capacidad de servicio, acceso, atención recibida, planificación familiar y funciones de apoyo. Los cinco gráficos a continuación, ordenados según el tipo de eficacia del programa, presentan los indicadores más significativos del estudio de Bolivia.

Capacidad de servicio

En general, la capacidad de prestar servicios de atención obstétrica de emergencia en Bolivia recibió una evaluación de 53 en una escala de 100. La figura 1 muestra las evaluaciones de la capacidad de los centros de salud y hospitales de distrito de prestar ciertos servicios específicos. El servicio más escaso de todos los servicios evaluados en los centros de salud es la aspiración manual endouterina (AMEU) para la atención postaborto (25). El servicio más común y disponible en los centros de salud es la administración intravenosa (IV) de antibióticos (65). En comparación, los hospitales de distrito recibieron evaluaciones altas por la prestación de una variedad de funciones de centro de salud (62) y por efectuar operaciones de cesárea (59), pero recibieron una evaluación baja de 40 por la administración de transfusiones de sangre. Si bien los centros de salud en Bolivia por lo general recibieron evaluaciones un poco más altas que otros países estudiados en la región de Latinoamérica, los hospitales de distrito por lo general recibieron evaluaciones más bajas.

Figura 1. Capacidad de servicio de los centros sanitarios y hospitales de distrito en Bolivia

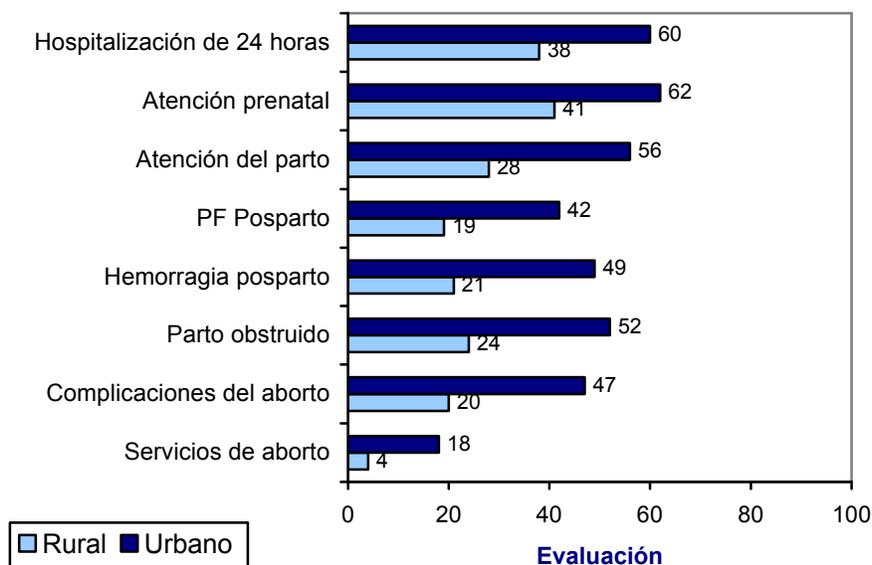


*Se refiere a todas las funciones desempeñadas por el centro de salud.

Acceso

En la mayoría de los países en desarrollo, el acceso a servicios de maternidad sin riesgos en áreas rurales es más limitado que en las áreas urbanas. Esto debiera ser preocupante para Bolivia ya que más de una tercera parte (36 por ciento) de la población vive en áreas rurales.⁸ En general, Bolivia recibió una evaluación muy baja de 36 en cuanto al acceso, con un promedio de 24 en el acceso rural y de 48 en el acceso urbano. La figura 2 muestra las evaluaciones de acceso a ocho servicios en áreas rurales y urbanas. Las disparidades más grandes en las evaluaciones del acceso a los servicios rurales y urbanos se encuentran cuando se toma en cuenta el tratamiento de la hemorragia posparto (21 comparado con 49), el manejo del parto obstruido (24 comparado con 52), y la atención del parto por un asistente cualificado (28 comparado con 56). Las evaluaciones del acceso rural oscilaron de una evaluación baja de 4 por servicios de aborto seguro a una evaluación alta de 41 en la atención prenatal, lo cual indica que existe una necesidad urgente de ampliar el acceso a una variedad de servicios. Incluso en las áreas urbanas, las evaluaciones indican que existe una significativa necesidad de mejora, cuyas evaluaciones variaron de una evaluación baja de 18 en los servicios de aborto seguro a una evaluación alta de 62 en la atención prenatal.

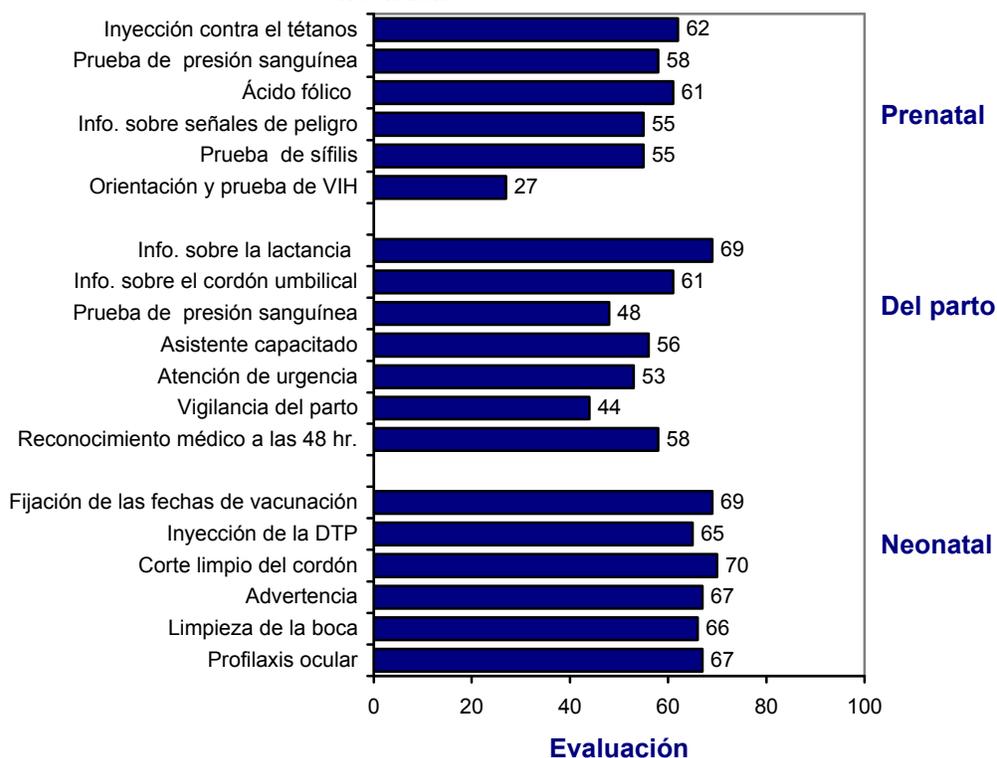
Figura 2. Comparación del acceso a servicios entre las áreas rurales y urbanas de Bolivia



Atención recibida

En la mayoría de los países, los servicios neonatales reciben evaluaciones más altas que la atención del parto o la atención prenatal, y ése también fue el caso de Bolivia. En general, la atención recibida obtuvo una evaluación de 58, la atención neonatal recibió una evaluación media de 67 comparada con el 53 de la atención prenatal y el 55 de la atención del parto. La figura 3 presenta indicadores clave para cada tipo de atención. Uno de los indicadores más importantes de mortalidad materna es la presencia de un asistente cualificado durante el parto,⁹ lo cual recibió una evaluación de 56. Otros elementos de importancia crucial que reducen la mortalidad materna son la atención obstétrica de emergencia y el reconocimiento médico 48 horas después del parto, los cuales recibieron una evaluación de 53 y 58 respectivamente. La orientación y toma de pruebas voluntaria de VIH (27) y el llevar la vigilancia de la mujer embarazada durante el parto (44) recibieron las evaluaciones más bajas en el aspecto sobre la atención recibida, mientras que el corte limpio del cordón umbilical (70) recibió la evaluación más alta. .

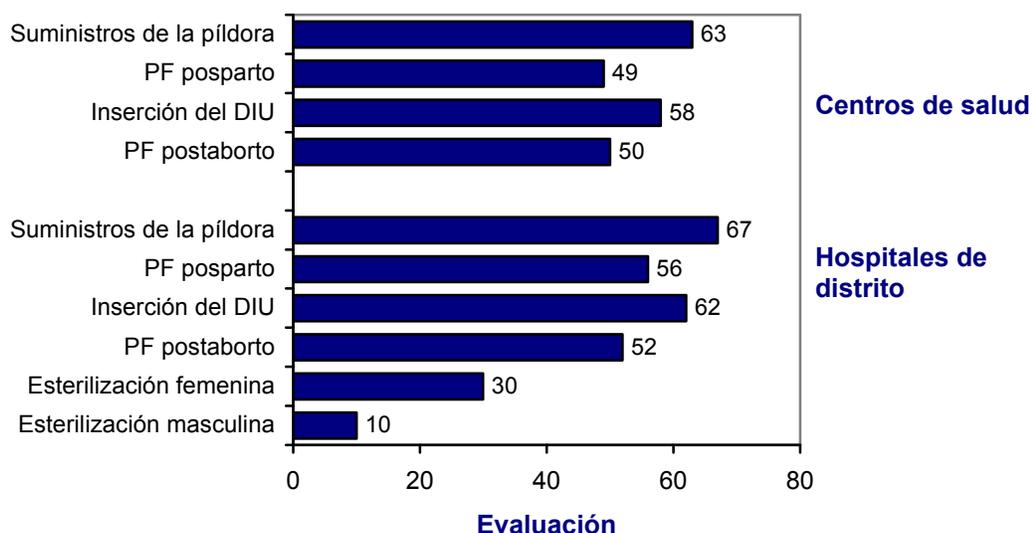
Figura 3. Atención recibida en Bolivia: prenatal, del parto y neonatal



Planificación familiar

En general los servicios de planificación familiar prestados en los centros de salud y hospitales de distrito en Bolivia recibieron una evaluación de 47. La figura 4 muestra las evaluaciones individuales dadas a los servicios de planificación familiar que se prestan en los centros de salud y hospitales de distrito. Estas evaluaciones toman en cuenta la capacidad de las instalaciones, el acceso, y la atención recibida. Ambos, los centros de salud (63) y los hospitales de distrito (67) recibieron evaluaciones relativamente altas en cuanto a las existencias de la píldora. No se observó gran diferencia en las evaluaciones de la inserción de DIU entre los hospitales de distrito y los centros de salud (62 comparado con 58). Los servicios con las evaluaciones más bajas en los centros de salud fueron la planificación familiar posparto (49) y la planificación familiar postaborto (50), mientras que en los hospitales de distrito fueron los servicios de esterilización masculina (10).

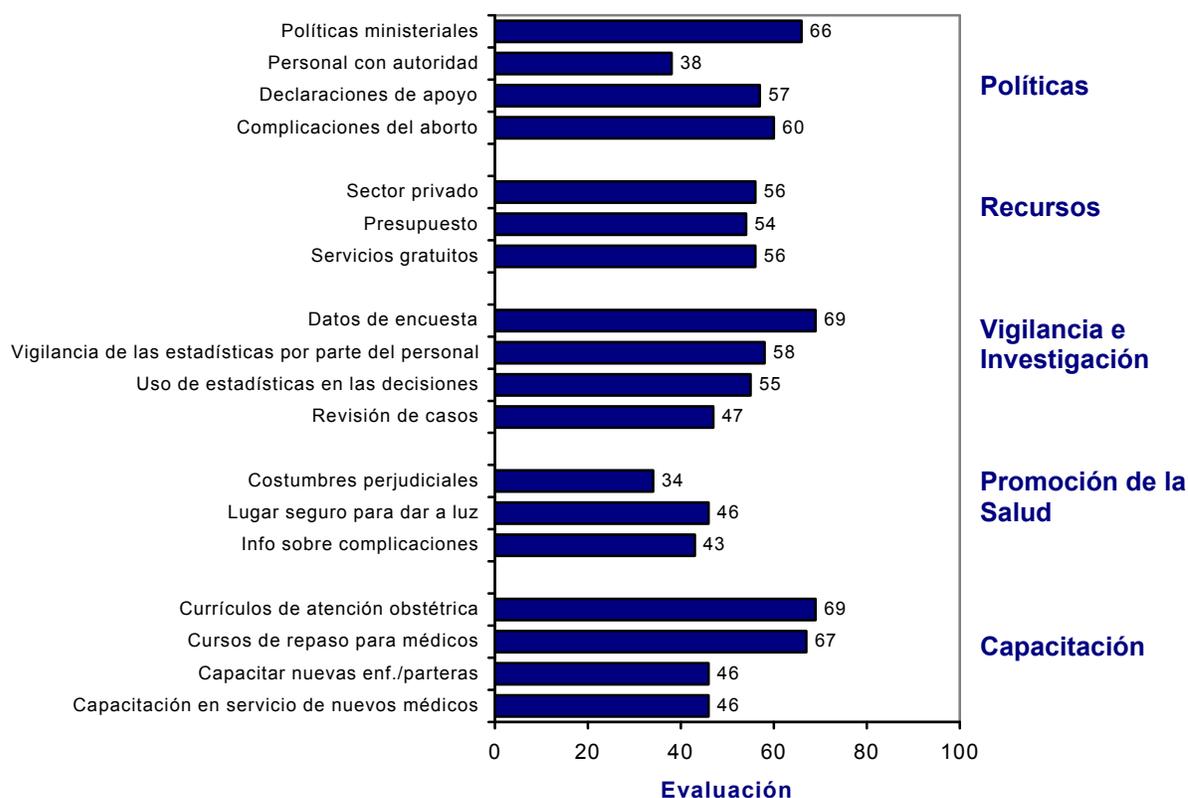
Figura 4. Prestación de servicios de planificación familiar en los centros de salud y hospitales de distrito en Bolivia



Funciones de política y apoyo

Las funciones de política y apoyo en Bolivia recibieron una evaluación general de 54. Las evaluaciones de las funciones de apoyo que se muestran en la figura 5 están divididas en las siguientes categorías: políticas, recursos, vigilancia e investigación, promoción de la salud y capacitación. Si bien las políticas ministeriales dirigidas a los servicios del embarazo y el parto (66) y el tratamiento de las complicaciones del aborto (60) en su mayoría se encontraron ser adecuadas, las políticas sobre que personal puede prestar atención de salud materna (38) necesitan más elaboración para asegurar la prestación adecuada de estos servicios. El compromiso a las políticas de la maternidad sin riesgo también necesita reforzarse más a menudo a través de declaraciones públicas y de prensa por parte de las autoridades superiores del estado, un aspecto de políticas que recibió una evaluación de 57.

Figura 5. Funciones de políticas y apoyo en Bolivia



Aún cuando las normas han sido adoptadas no implica que los servicios se convertirán automáticamente en servicios de alta calidad a nivel local. Muchas de las funciones de apoyo en Bolivia, como los recursos, vigilancia e investigación, promoción de la salud, y capacitación, precisan de un mayor desarrollo. Si bien las evaluaciones de la disponibilidad de servicios gratuitos (56), recursos presupuestarios del gobierno (54) y recursos del sector privado (56) figuran entre las más altas de los países estudiados en la región, todavía existe necesidad de mejora. Bolivia recibió una evaluación general de 57 por su capacidad de investigación y vigilancia, con la necesidad específica de fortalecer aquellos sistemas a través de los cuales el personal hospitalario analiza y aprende de cada muerte materna que ocurre en la instalación (47).

La promoción de la salud y la educación del público son complementos importantes de la prestación de servicios sanitarios. Las evaluaciones indican que la promoción de la salud es un área que necesita fortalecerse de manera significativa, la cual recibió una evaluación general de 41. Temas tales como las prácticas perjudiciales (34), las complicaciones del embarazo (43) y lugares seguros para el parto (46) todos necesitan atención en Bolivia. Los medios de comunicación deberán usarse para educar al público sobre el embarazo y el parto sin riesgos, y las organizaciones comunitarias deberán respaldar estos esfuerzos a través de programas sistemáticos.

Por último, la instrucción y capacitación de los profesionales sanitarios es una parte integral de la prestación de atención de alta calidad y de la prevención de la mortalidad e incapacidad maternas. Si bien las evaluaciones indican que se han elaborado currículos de atención obstétrica para la práctica (69), en la realidad, la capacitación en Bolivia recibió evaluaciones más bajas, y su mayor deficiencia se encontró en las áreas de capacitación en servicio de médicos recién contratados (46) y en la capacitación de nuevas enfermeras y parteras (46).

Comparaciones globales

En general, los expertos le dieron una evaluación de 52 a los servicios de salud materno-neonatal en Bolivia comparado con el promedio de 56 que recibieron los 49 países que intervinieron en el estudio del MNPI. Esta evaluación pone a los servicios de Bolivia en el 32^{do} lugar entre los 49 países participantes. De los 10 países en desarrollo estudiados en la región de Latinoamérica,¹⁰ Bolivia figura en noveno lugar. Aunque las comparaciones entre países debieran hacerse con cierta cautela, dada la índole subjetiva de las opiniones y evaluaciones de los expertos de los diferentes países, estas comparaciones tal vez ayuden a los gestores y defensores de la salud materna y a los prestadores de servicios en Bolivia a identificar las áreas de acción prioritarias. También es importante tener presente que las evaluaciones medias tal vez oculten las diferencias existentes entre las diferentes provincias de cada país.

El cuadro 1 compara las evaluaciones de Bolivia con los promedios globales de nueve aspectos selectos del MNPI. A excepción del reconocimiento médico a las 48 horas posparto (58 comparado con 41) y recursos presupuestarios adecuados (54 comparado con 48), las evaluaciones de los servicios en Bolivia quedan a la zaga de los promedios globales. En particular, si se toman en cuenta el acceso a los servicios de maternidad sin riesgo en las áreas rurales (24 comparado con 39) y en las áreas urbanas (48 comparado con 68), Bolivia recibió evaluaciones más bajas que los promedios globales. Las evaluaciones más altas en Bolivia fueron por orientación sobre la lactancia (69), la existencia de políticas de salud materna adecuadas (66), y la vacunación (63). Los servicios que recibieron las evaluaciones más bajas, y que quizás necesiten urgente atención, son el acceso rural a los servicios de maternidad sin riesgo (24) y la orientación y toma de pruebas voluntarias de VIH (27).

Cuadro 1: Comparación de las evaluaciones globales y de Bolivia de ciertos aspectos selectos del MNPI, 1999

Indicadores de Servicios Maternos y Neonatales	Evaluación global (promedio de 49 países)	Bolivia
Acceso de la mujer embarazada a servicios de maternidad sin riesgos *		
Acceso rural	39	24
Acceso urbano	68	48
Poder recibir atención obstétrica de emergencia	55	53
Fijaron cita para un reconocimiento médico en las 48 horas posparto	41	58
Vacunación**	76	65
Animaron a que inicien la lactancia inmediatamente	74	69
Ofrecieron pruebas de VIH y orientación voluntarias	30	27
Planificación familiar postaborto	54	51
Políticas de salud materna adecuadas	72	66
Recursos presupuestarios adecuados	48	54
Evaluación general	56	52

* Se refiere a una evaluación compuesta de todos los aspectos de acceso urbano y rural.

** Se refiere a una evaluación compuesta de tres aspectos de la vacunación: vacunación materna contra el tétanos, vacuna del DTP, y otras vacunas con fechas fijadas.

Resumen

Las evaluaciones del MNPI indican que, en comparación, Bolivia tiene una política nacional sólida en cuanto a la maternidad sin riesgo, y tiene una buena posición en lo que al desarrollo de su capacidad de investigación y vigilancia se refiere. El país debe asegurar que estos esfuerzos se conviertan en servicios y programas de alta calidad y accesibles al nivel local. En algunos casos, las evaluaciones indican que la mujer tiene acceso a ciertos tipos de servicios, especialmente los servicios neonatales. Sin embargo, existen disparidades entre el acceso urbano y rural a los servicios de maternidad sin riesgo, y aún en las áreas urbanas el acceso es limitado. Por ejemplo, en todas las regiones la mujer necesita acceso a mejores servicios de atención del parto, incluidos el tener asistentes cualificados durante el parto, los reconocimientos médicos a las 48 horas posparto y la atención obstétrica de emergencia. Por último, como en la mayoría de los países, los servicios de atención materno-neonatal de Bolivia se enfrentan a una escasez de recursos, tanto en el sector público como privado, que pone trabas a la expansión de los servicios necesarios para satisfacer las necesidades de la mujer de manera adecuada.

Áreas de acción prioritarias

Las intervenciones que se detallan a continuación han demostrado mejorar la salud materno-neonatal y debieran tomarse en consideración en los esfuerzos que Bolivia dedica a fortalecer las políticas y programas de salud materno-neonatal:

Ampliar el acceso a los servicios de salud reproductiva, salud sexual y planificación familiar, especialmente en áreas rurales. Debido a la falta de acceso en las áreas rurales, las tasas de mortalidad materna son más altas en las áreas rurales que en las urbanas. Además, son muchos los hombres y mujeres en áreas rurales y urbanas que carecen de acceso a información y servicios relacionados con el VIH/SIDA y otras ITS.

Fortalecer las políticas de salud reproductiva y planificación familiar y mejorar la planificación y asignación de los recursos. A pesar de que las evaluaciones del MNPI demuestran que muchos países cuentan con fuertes políticas de salud materna, tal vez la implementación de estas políticas no sea adecuada. A menudo, las existencias de recursos son insuficientes o se usan ineficientemente. En algunos casos, la gestoría y defensa puede fortalecer las políticas y aumentar la cantidad de recursos dedicados a la salud reproductiva y la planificación familiar. En otros casos, debieran eliminarse las barreras operativas, o sea, barreras que se interponen a la implementación y el pleno financiamiento de las políticas de salud reproductiva y planificación familiar.

Ampliar el acceso y educación de planificación familiar. Otro aspecto estrechamente relacionado con la prevención de la mortalidad materna es la prestación de servicios de planificación familiar. La planificación familiar ayuda a la mujer a evitar embarazos imprevistos y espaciar el nacimiento de los hijos; y de esta manera hace que esté menos expuesta a los riesgos del embarazo, el aborto y el parto. Un suministro fiable de métodos anticonceptivos puede ayudar a evitar muertes maternas relacionadas con los embarazos imprevistos.

Ampliar el acceso a la atención prenatal de alta calidad. La atención prenatal de alta calidad incluye la selección de portadores de ITS y tratamiento de las mismas, anemia y detección y tratamiento de la hipertensión. También debiera proporcionarse a las mujeres información sobre una dieta apropiada y otras prácticas de salud sanas y sobre donde acudir en busca de atención para las complicaciones del embarazo. El conjunto de servicios de atención prenatal recomendado por la Organización Mundial de la Salud puede llevarse a cabo en cuatro visitas prenatales durante el embarazo.

Ampliar el acceso a la atención del parto con asistentes cualificados. El parto es un momento de importancia crítica durante el cual habrá que tomar decisiones sobre complicaciones inesperadas y graves. Los asistentes cualificados, o sea profesionales sanitarios tales como médicos o parteras, pueden reconocer estas complicaciones y darles tratamiento o remitir a la mujer de inmediato a centros sanitarios u hospitales si necesita atención más especializada. Las mujeres de áreas rurales viven a gran distancia de lugares que ofrecen atención obstétrica de calidad, por lo tanto, su mejoría depende grandemente del reconocimiento oportuno de las complicaciones, mejores servicios para el tratamiento de urgencia, y mejor logística para el rápido traslado de casos complicados a los hospitales de distrito. Aumentar la cobertura médica durante el parto con personal médico cualificado y puntos de servicio adicionales, son requisitos básicos para mejorar la atención del parto. También es de importancia crítica contar con una cadena de abastecimiento confiable y programas de actualización del personal.

Prestación de atención posparto oportuna, orientación y acceso a la planificación familiar. Es importante detectar y asistir de inmediato a los problemas que puedan presentarse después del parto, tal como la hemorragia que es responsable de aproximadamente el 25% de las muertes maternas en todo el mundo. La orientación y atención posparto ayudarán a asegurar el cuidado debido y la salud del recién nacido. En la orientación debiera incluirse información sobre la lactancia, vacunación y planificación familiar.

Mejorar la atención postaborto. Cerca del 13% de las muertes maternas en todo el mundo se deben al aborto en condiciones de riesgo. Las mujeres que sufren complicaciones a consecuencia del aborto necesitan acceso a tratamiento oportuno y de alta calidad de las infecciones, hemorragia y lesiones de la cervix y el útero.

Como fortalecer las actividades de promoción de la salud. Los medios de comunicación masivos debieran utilizarse para educar al público acerca del embarazo y el parto, y las organizaciones comunitarias debieran contribuir a esto a través de programas sistemáticos. Un paso importante en la promoción de la salud, a fin de evitar resultados negativos en la salud materna, es hacer que el ministerio de salud suministre materiales educativos adecuados en cuanto a prácticas sanas y seguras.

Para mayor información

Se ha enviado a los países participantes un set completo de resultados, incluyendo datos e información más detallados. Para mayor información, póngase en contacto con:

The Maternal Health Study (MNPI)
Futures Group International
80 Glastonbury Blvd
Glastonbury, CT 06033 USA
Email: J.Ross@tfgi.com
Fax: J. Ross + 1 (860) 657-3918
Internet:
<http://www.futuresgroup.com>

Este informe fue preparado por el POLICY Project. POLICY está subvencionado por USAID y su implementación está a cargo de Futures Group, con la colaboración del The Centre for Development and Population Activities (CEDPA - Centro de Actividades para la Población y el Desarrollo) y el Research Triangle Institute (RTI - Instituto de investigación Triangle).

Referencias

¹ Las fuentes utilizadas para calcular estas cifras son Encuesta de Demográfica y Salud para Bolivia de 1998 (1998 Bolivia DHS) y las estimaciones de mortalidad materna para 1995 de la OMS/UNICEF/FNUAP. Ver Instituto Nacional de Estadística y Macro International, Inc. 1999. *Bolivia Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 1998*. Calverton, Maryland, USA: Macro International, Inc. Véase también Hill, K., C. Abouzahr, y T. Wardlaw. 2001. "Estimates of Maternal Mortality for 1995." *Bulletin of the World Health Organization* 79 (3): 182-193.

² La fístula obstétrica ocurre como resultado de un parto prolongado y con obstrucción, el cual, a su vez, se ve complicado por la presencia de la mutilación genital femenina. La presión causada por la obstrucción daña los tejidos de los pasajes internos de la vejiga y el recto y, cuando no hay acceso a intervenciones quirúrgicas, la mujer puede experimentar incontinencia permanente, siendo en adelante incapaz de retener la orina y las heces, que se filtran a través de la vagina. (Comunicado de Prensa, FNUAP, julio 2001).

³ MEASURE Communication. 2000. *Making Pregnancy and Childbirth Safer*. (Policy Brief) Washington, DC: Population Reference Bureau. Disponible en <http://www.prb.org/Template.cfm?Section=PRB&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=2824>

⁴ Organización Mundial de la Salud. 2001. *Advancing Safe Motherhood through Human Rights*. Disponible en http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_01_5_advancing_safe_motherhood/RHR_01_05_table_of_contents_en.html

⁵ Dayaratna, V., W. Winfrey, K. Hardee, J. Smith, E. Mumford, W. McGreevey, J. Sine, y R. Berg. 2000. *Reproductive Health Interventions: Which Ones Work and What Do They Cost?* (Occasional Paper No. 5) Washington, DC: POLICY Project. Disponible en <http://www.policyproject.com/pubs/occasional/op-05.pdf>

⁶ El MNPI fue realizado por el Futures Group International, con el financiamiento de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID), a través del MEASURE Evaluation Project. Para más información sobre el MNPI, véase Bulatao, Rodolfo, A., y John A. Ross. 2000. *Rating Maternal and Neonatal Health Programs in Developing Countries*. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation Project, University of North Carolina, Carolina Population Center.

⁷ Esta metodología para evaluar políticas y programas fue desarrollada en un principio para la planificación familiar, y también se ha utilizado para el VIH/SIDA. Ver Ross, J. A., y W. P. Mauldin. 1996. "Family Planning Programs: Efforts and Results, 1972-1994." *Studies in Family Planning* 27 (3): 137-147. Véase también UNAIDS, USAID, y POLICY Project. 2001. "Measuring the Level of Effort in the National and International Response to HIV/AIDS: The AIDS Program Effort Index (API)." Geneva: UNAIDS.

⁸ Population Reference Bureau. 2002. *2002 World Population Data Sheet*. Washington, DC: Population Reference Bureau. Disponible en http://www.prb.org/Template.cfm?Section=PRB&template=/Content/ContentGroups/Datasheets/wpds2002/2002_World_Population_Data_Sheet.htm

⁹ En el formulario de encuesta MNPI, se usó el término "capacitado" debido a que es empíricamente correcto para el informante, en tanto que "calificado" es más subjetivo. Preguntar a los informantes sobre niveles de calificación requeriría que juzgaran la calidad probable de la capacitación original y el deterioro de las capacidades con el correr del tiempo. Si bien conocer la calificación del personal es más importante, arroja más subjetividad en los datos, y objetivamente las capacidades no fueron medidas.

¹⁰ Los países de la región de Latinoamérica que se incluyeron en este índice son: Bolivia, Brasil, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay y Perú.