

MNPI

Herramienta para la Incidencia Política en La Salud Materna

Índice de Esfuerzo de Programa Materno y Neonatal

Perú

A nivel mundial, más de 500,000 mujeres y niñas mueren cada año por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. Más del 99% de estas muertes ocurren en países en vías de desarrollo tales como el Perú. Pero las muertes maternas sólo cuentan una parte de la historia. Por cada mujer o niña que muere por causas relacionadas con el embarazo, entre 20 a 30 o más quedarán con complicaciones en el corto o largo plazo debido a una fístula genital, ruptura uterina o por enfermedad inflamatoria pélvica (ver recuadro en la página 3).

La tasa de mortalidad materna en el Perú continúa en un nivel inaceptablemente alto. Si bien es cierto que las cifras de mortalidad materna varían bastante según la fuente y son altamente controversiales, los mejores estimados para el Perú sugieren que aproximadamente 1,400 mujeres y niñas mueren cada año debido a complicaciones relacionadas con el embarazo. Además, entre 28,000 y 42,500 mujeres y niñas peruanas quedarán discapacitadas debido a complicaciones durante el embarazo y el parto cada año.¹

Lo trágico – y la oportunidad – es que la mayoría de estas muertes pueden ser evitadas con servicios de atención costo-efectivos. El reducir la mortalidad materna y sus secuelas dependerá de identificar y

mejorar estos servicios que son críticos para la salud de las mujeres y niñas peruanas, incluyendo la atención prenatal, la atención obstétrica de emergencia, la atención posparto adecuada de las madres y sus hijos, servicios que brinden planificación familiar y atiendan las Infecciones Transmitidas Sexualmente (ITS), VIH Y SIDA. Con esta meta en mente, el Índice de Esfuerzo de Programa Materno y Neonatal (Maternal and Neonatal Program Effort Index, o MNPI) es una herramienta que puede ser utilizada por los defensores, los proveedores y los planificadores de los programas del cuidado de la salud para:

- Evaluar los servicios de la salud actuales;
- Identificar las fortalezas y debilidades del programa;
- Planear estrategias para enfrentar las deficiencias;
- Promover el apoyo político y de la población para iniciar acciones necesarias; y
- Hacer el seguimiento de los avances a lo largo del tiempo.

Los programas de salud dirigidos a la maternidad saludable deben sustentarse por políticas definidas, proveedores de salud capacitados y sistemas logísticos que faciliten la provisión de atención de dichos programas. Una vez que los programas maternos y neonatales estén implementados, debe asegurar el acceso a todas las mujeres y niñas a una vasta gama de servicios en forma equitativa.

El Perú en Cifras

Población a mediados del 2001	26.1 millones
Edad mediana a la primera unión (todas las mujeres)	21 años
Porcentaje de mujeres cuyo último parto fue atendido por profesional cualificado	59%
Tasa global de fecundidad (número promedio de hijos tenidos por una mujer a lo largo de su vida)	2.9
Mujeres que han tenido un hijo antes de los 20 años	32%
Niños menores de 6 meses que reciben lactancia materna exclusiva	53%
Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que usan anticonceptivos modernos	50%
Política sobre abortos, 2000	Permitida cuando peligra la salud mental o física de la madre.

Fuentes: Population Reference Bureau – 2002 *Women of Our World*; 2001 *World Population Data Sheet*; *The World Youth, 2000*; y 1999 *Breastfeeding Patterns in the Developing World* (Vea <http://www.worldpop.org/datafinder.htm>).

Cómo comprender las causas de mortalidad y morbilidad maternas

La mortalidad materna se refiere a aquellas muertes causadas por complicaciones debido al embarazo o parto. Estas complicaciones pueden ser experimentadas durante el embarazo, en el momento del parto, o pueden ocurrir hasta 42 días después del parto. Por cada mujer que sucumbe a una muerte materna, muchas más sufrirán lesiones, infecciones e incapacidades causadas por complicaciones del embarazo o del parto, tales como una fístula genital.² En la mayoría de los casos, sin embargo, la mortalidad y discapacidad maternas pueden ser prevenidas con intervenciones de salud apropiadas.³

Algunas de las causas médicas directas de la mortalidad materna incluyen hemorragias o sangrado, infecciones, abortos inseguros, trastornos hipertensivos y trabajo de parto obstruido. Otras causas incluyen embarazo ectópico, embolia y riesgos relacionados con la anestesia.⁴ Condiciones tales como la anemia, diabetes, malaria, infecciones transmitidas sexualmente (ITS) y otras, pueden también incrementar el riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto y, de esta manera, se convierten en causas indirectas de la mortalidad y morbilidad maternas. Dado que muchas de las muertes maternas ocurren durante el parto y el período posparto, la atención obstétrica de emergencia, proveedores entrenados, la atención posparto y el transporte a instalaciones médicas cuando surgen complicaciones, son todos componentes necesarios en las estrategias para reducir la mortalidad materna.⁵ Estos servicios a menudo presentan limitaciones, particularmente en las áreas rurales, de modo que se debe tomar medidas especiales para incrementar la disponibilidad de los servicios en esas áreas.

Los esfuerzos para reducir la morbi-mortalidad materna también deben estar enfocados hacia los factores sociales y culturales que afectan la salud

de las mujeres y el acceso que tengan a los servicios. El bajo status de la mujer en la sociedad, la falta de acceso y control sobre los recursos, las menores oportunidades educativas, la mala nutrición y la falta de poder de decisión, contribuyen significativamente a resultados fatales de los embarazos. Las leyes y las políticas, tales como aquella que establece que es requisito la autorización del esposo o de los padres, pueden tener efecto disuasivo en las mujeres y niñas para buscar los servicios de salud necesarios – particularmente si son en aspectos tan sensibles, tales como planificación familiar, atención de aborto o tratamiento de ITS.

Una práctica tradicional que afecta la salud materna es el matrimonio o unión a edad temprana. Muchas mujeres en los países en vías de desarrollo se casan o unen mucho antes de los 20 años de edad. Los embarazos en las adolescentes, cuyos cuerpos todavía están creciendo y desarrollándose, ponen en riesgo de consecuencias negativas para la salud tanto a las madres como a sus bebés.

Las consecuencias de la mortalidad y morbilidad materna afectan no sólo a las mujeres sino también a sus familias y comunidades. Los hijos que pierden a sus madres tienen mayor riesgo de muerte o de otros problemas, como la desnutrición. La pérdida de mujeres en sus años más productivos también significa una pérdida para la sociedad en general.

El garantizar una maternidad saludable requiere reconocer y apoyar los derechos de las mujeres y niñas a llevar vidas saludables, en las cuales ellas tengan control sobre los recursos y decisiones que afectan su salud y bienestar. Requiere de un reconocimiento cada vez mayor de las complicaciones asociadas al embarazo y parto, proveyendo acceso a servicios de salud de alta calidad (prenatal, parto y posparto, planificación familiar, etc.), así como la eliminación de prácticas dañinas.

Índice de Esfuerzo de Programa Materno y Neonatal (MNPI)

En 1999, 750 expertos en salud reproductiva evaluaron y calificaron los servicios maternos y neonatales como parte de una evaluación en 49 países en vías de desarrollo.⁶ Los resultados de este estudio comprenden el MNPI, el cual provee tanto puntajes internacionales como específicos por países de los servicios relevantes. Usando una metodología probada para dar puntajes a los programas y servicios,⁷ entre 10 a 25 expertos de cada país –quienes estaban familiarizados con el programa nacional, pero no eran responsables directos de los programas de salud materna del país– calificaron 81 aspectos particulares de los servicios de salud maternos y neonatales en una escala de 0 a 5. Por convención, cada puntaje fue luego multiplicado por 20 para obtener un índice que va de 0 a 100, con 0 indicando un puntaje bajo y 100 indicando el puntaje más alto.

Los 81 ítems provienen de 13 categorías, incluyendo:

- Capacidad del centro de salud;
- Capacidad del hospital distrital;
- Acceso a los servicios;
- Atención prenatal;
- Atención del parto;
- Atención del recién nacido;
- Servicios de planificación familiar en los centros de salud;
- Servicios de planificación familiar en los hospitales distritales;
- Políticas dirigidas a un embarazo y parto seguros;

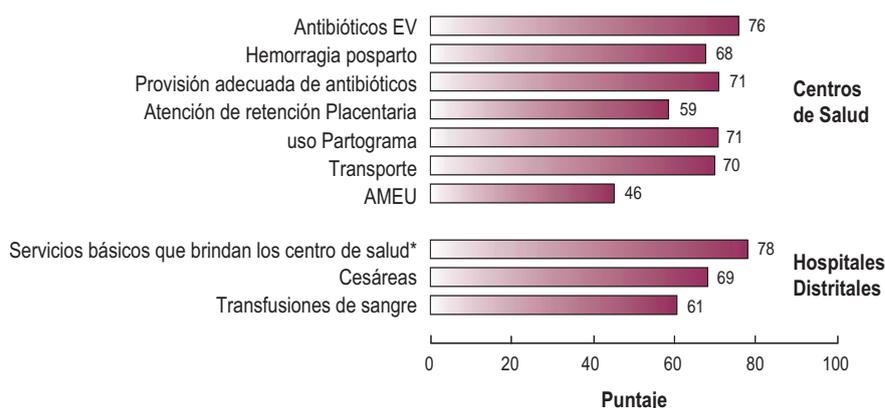
- Suficiencia de los recursos;
- Promoción de la salud;
- Personal entrenado; y
- Monitoreo e investigación.

Los ítems de estas categorías pueden ser agrupados en cinco tipos de líneas de acción del programa: capacidad de los servicios, acceso, atención recibida, planificación familiar y sistemas de apoyo. En los siguientes cinco cuadros, elaborados para cada una de estas líneas de acción del programa, se presentan los indicadores más significativos del estudio en el Perú.

Capacidad de servicio

En general, la capacidad resolutoria de los servicios en el Perú para proveer atención obstétrica de emergencia recibió un puntaje de 68 sobre 100. La Figura 1 muestra los puntajes de la capacidad resolutoria de los centros de salud y los hospitales distritales para proveer servicios específicos. La administración de los antibióticos endovenoso (76) es el servicio más comúnmente disponible en los centros de salud en el Perú, mientras que el brindar aspiración manual endouterina (AMEU) para la atención post-aborto (46) es el servicio menos disponible. Los hospitales distritales recibieron puntajes relativamente altos por proveer una amplia gama de servicios (78) básicos de salud y por realizar operaciones cesáreas. La transfusión de sangre (61) es el servicio menos disponible entre los evaluados en los hospitales distritales en el Perú. Si bien es cierto que los servicios de los centros de salud en el Perú recibieron en general puntajes más altos comparados con servicios en otros países de la región de América Latina / Caribe, los puntajes de los hospitales distritales fueron regulares.

Figura 1. Capacidad de servicio de centros de salud y de los hospitales distritales en el Perú



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

Acceso

En la mayoría de los países en vías de desarrollo, el acceso a los servicios de control prenatal en las áreas rurales es más limitado que en las áreas urbanas. En general, el Perú recibió un puntaje de 65 por el indicador de acceso, con un promedio de 81 para el acceso en zonas urbanas y sólo 48 para áreas rurales. Más de la cuarta parte (28%) de la población peruana vive en áreas rurales.⁸ La Figura 2 presenta el puntaje del acceso rural y urbano para ocho servicios. Si bien es cierto que los puntajes del acceso urbano fueron consistentemente altos, hay grandes brechas para el acceso rural y urbano para cada tipo de servicio. Las mayores disparidades entre los puntajes se encuentran en lo referente a acceso a tratamiento para las complicaciones del aborto 80 para el área urbana en comparación con 38 para el área rural, para la atención de la hemorragia posparto (81 vs. 40), y para el parto obstruido (81 vs. 43). Los puntajes para el acceso en zonas rurales oscilaron entre un puntaje bajo de 38 para el tratamiento de las complicaciones de abortos a un puntaje alto de 65 para las hospitalizaciones de 24 horas – sugiriendo la necesidad urgente de incrementar el acceso a la variedad de servicios.

Atención recibida

En la mayoría de los países, los servicios a los recién nacidos obtienen una calificación más alta que la atención del parto o la atención de control prenatal. En general, en el Perú, el indicador atención recibida fue calificada con 71. La atención a los recién nacidos y control prenatal recibieron un puntaje promedio de 74. La atención de parto recibió un puntaje de 64. La Figura 3 muestra indicadores claves para cada tipo de atención. Uno de los indicadores más importantes que afectan la mortalidad materna es la presencia, o su ausencia mejor dicho, de un proveedor entrenado al momento del parto,⁹ indicador que recibió un puntaje de 63. Otros elementos cruciales que reducen la mortalidad materna son la atención de emergencias obstétricas y el control posparto a las 48 horas, los cuales fueron calificados con 65 y 53 respectivamente. El citar a las 48 horas para el control posparto fue el servicio calificado más bajo (53), mientras que la vacunación antitetánica (84) y las pruebas de detección y tratamiento para sífilis (81) en gestantes recibieron los puntajes más altos.

Figura 2. Comparaciones del acceso a los servicios en las áreas rurales y urbanas en el Perú

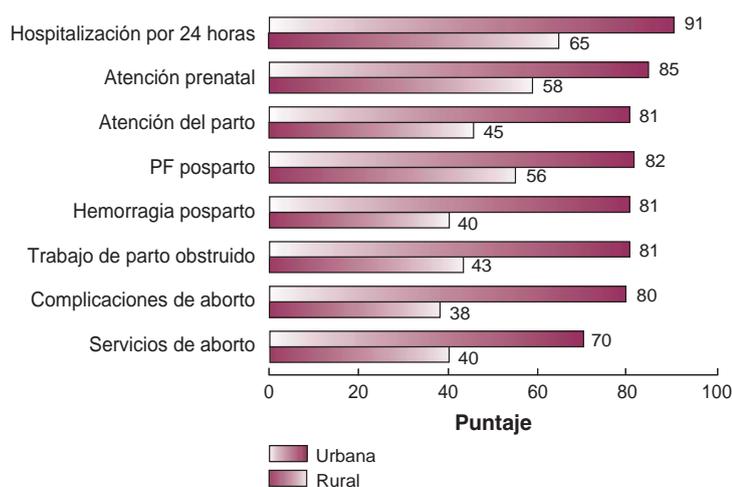


Figura 3. Atención prenatal, del parto y de recién nacidos recibidas en el Perú

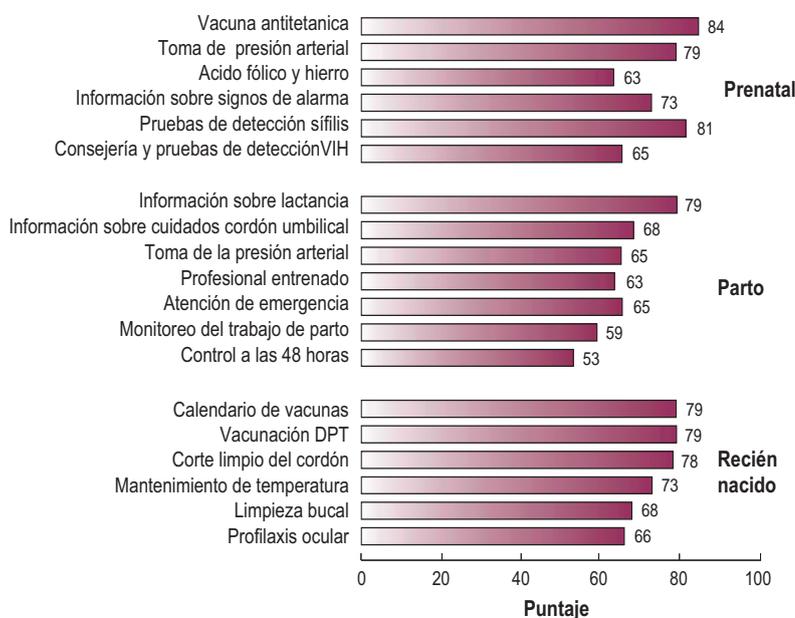
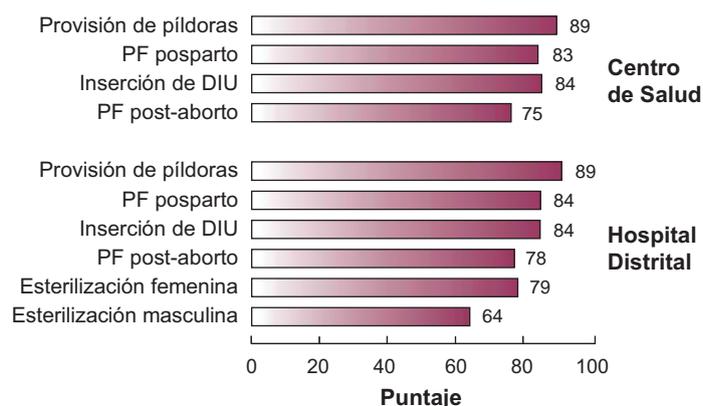


Figura 4. Provisión de servicios de planificación familiar en los centros de salud y los hospitales distritales en el Perú



Planificación familiar

Los servicios de planificación familiar provistos por los centros de salud y los hospitales distritales, en conjunto recibieron un puntaje de 78. La Figura 4 presenta los puntajes para los servicios de planificación familiar provistos por los centros de salud y los hospitales distritales, individualmente. Esta puntuación considera la capacidad de los establecimientos, el acceso y la atención recibida. Los centros de salud y los hospitales distritales en el Perú recibieron puntajes relativamente altos por proveer una variedad de servicios de planificación familiar. En particular, tanto los centros de salud como los hospitales distritales recibieron un puntaje de 89 por el suministro de la píldora y un puntaje de 84 por la inserción de un dispositivo intra-uterino (DIU). La planificación familiar post-aborto (75), fue el servicio con el puntaje más bajo en los centros de salud, mientras que la esterilización masculina fue lo más bajo para los hospitales distritales (64).

Figura 5. Funciones de política y apoyo en el Perú



Funciones de política y apoyo

El respaldo político en el Perú recibió un puntaje general de 60. Los puntajes para el respaldo a políticas, mostrados en la Figura 5, están divididos en las siguientes categorías: Políticas propuestas, recursos, monitoreo e investigación, promoción de la salud y entrenamiento. Con relación a las otras funciones de respaldo, la de propuestas políticas recibió los puntajes más altos. La política del Perú sobre la salud materna a nivel ministerial recibió un puntaje relativamente alto, de 75. Sin embargo, el compromiso con esta política debe ser reforzado con declaraciones a la prensa y al público en forma más frecuente por funcionarios gubernamentales de alto nivel – que fue el aspecto de respaldo a la política con puntaje más bajo, con sólo 58.

Las políticas, aún cuando ya han sido adoptadas, no se traducen automáticamente en servicios de calidad a nivel local. Muchas de las acciones de respaldo a las políticas en el Perú, que incluyen la asignación de recursos, el monitoreo y la investigación, la promoción de la salud y el entrenamiento, necesitan de un mayor desarrollo. Los puntajes concernientes a la disponibilidad de servicios gratuitos (50) y a la asignación de presupuesto por el gobierno (53) quedaron ligeramente por debajo de los recursos asignados por el sector privado, el cual recibió un puntaje de 61. Al Perú generalmente le va mejor en el

área de monitoreo y de capacidad de investigación que a otros países latino americanos y caribeños calificados por el Índice. Sin embargo, el Perú recibió un puntaje relativamente bajo en la evaluación del sistema través del cual personal a nivel nacional regularmente vigila y analiza los resultados de informes estadísticos (49).

La promoción de la salud y la educación a la población son componentes importantes en la provisión de servicios de salud. Temas tales como hábitos dañinos (34), complicaciones del embarazo y lugares o establecimientos seguros para la atención del parto (55), requieren mayor atención en el Perú. Los medios de comunicación masiva deben ser utilizados para educar al público acerca del embarazo y parto seguro y las organizaciones de base de la comunidad deben participar en estos esfuerzos a través de programas sistemáticos.

Finalmente, la educación y capacitación de los profesionales de salud es un aspecto fundamental en la provisión de atención de alta calidad para evitar la muerte y discapacidad maternas. En el Perú, la capacitación recibió un puntaje relativamente alto. Por ejemplo, los puntajes parecen indicar que la currícula médica, incluyendo la capacitación práctica en la atención obstétrica (76) ha sido desarrollada hasta cierto nivel. Los puntajes fueron más bajos en las áreas de capacitación en servicio para médicos recién contratados (55) así como para obstetras y enfermeras nuevas en los servicios (59).

Comparaciones globales

En general, los expertos le dieron a los servicios maternos y neonatales del Perú un puntaje de 67, comparado con un promedio de 56 para los 49 países involucrados en el estudio MNPI. Este puntaje coloca los servicios del país en tercer lugar entre los 49 países. Entre los 13 países en vías de desarrollo estudiados en la región de Latino América y el Caribe,¹⁰ los servicios del Perú quedaron en segundo lugar. Si bien es cierto que las comparaciones entre países deben ser realizadas con un cierto grado de precaución – dada la naturaleza subjetiva de las opiniones y evaluaciones de los expertos en los diferentes países- estas comparaciones pueden ayudar a los defensores y proveedores de la salud materna en el Perú a identificar las áreas prioritarias de acción. También es importante tener en mente que los puntajes promedio pueden enmascarar diferencias entre las provincias dentro de cada país.

El Cuadro 1 compara los puntajes del Perú con los promedios globales para nueve ítems seleccionados del MNPI. Este cuadro muestra que los puntajes del Perú para servicios maternos y neonatales están a la vanguardia de la evaluación global en varias áreas claves. En particular, el Perú recibió puntajes más altos que el promedio global cuando se considera la consejería y la toma de pruebas para VIH (65 vs. 30, respectivamente), la planificación familiar post-aborto (77 vs. 54) y el acceso urbano a los servicios de atención materna (81 vs. 68). Los puntajes más altos del Perú correspondieron para inmunizaciones (81), el acceso urbano a servicios (81) y la consejería en lactancia materna (79). Las áreas con los puntajes más bajos – que quizás necesiten de una atención urgente – son el acceso rural a los servicios de maternidad segura (48) y el control posparto a las 48 horas (53).

Cuadro 1: Comparación entre los puntajes globales y los del Perú para ítems seleccionados, 1999

Indicadores de Servicios Maternos y Neonatales	Evaluación Global (promedio de 49 países)	Perú
Acceso a servicios de atención prenatal para mujeres embarazadas*		
Acceso rural	39	48
Acceso urbano	68	81
Posibilidad de recibir atención en emergencias obstétricas	55	65
Se le citó para control posparto dentro de 48 horas	41	53
Inmunizaciones**	76	81
Se le incentivó a iniciar lactancia materna	74	79
Se ofreció consejería y toma voluntaria de pruebas para VIH	30	65
Planificación familiar post-aborto	54	77
Política de salud materna adecuada	72	75
Presupuesto y recursos adecuados	48	61
Puntaje General	56	67

*Se refiere a los puntajes compuestos para todos los ítems de acceso rural y urbano.
 **Se refiere al indicador compuesto por tres ítems de inmunización: inmunización de la madre contra el tétano, inmunización DPT y otras inmunizaciones programadas.

Resumen

El Perú recibió puntajes relativamente altos para una serie de indicadores de salud materna y neonatal, incluyendo política de salud materna, acceso urbano, servicios de planificación familiar e inmunización. El país debe ahora asegurarse que estos esfuerzos se traduzcan en servicios y programas accesibles, de alta calidad, a nivel local. Los puntajes sugieren que las mujeres, en general, tienen un acceso razonable a algunos servicios, incluyendo las hospitalizaciones de 24 horas, la atención prenatal (por ejemplo, inmunización antitetano) y algunos métodos de planificación familiar (por ejemplo, la píldora, la inserción de DIUs). Sin embargo, hay grandes brechas entre el

acceso urbano y el rural a muchos servicios. Más aún, las mujeres en todas las regiones necesitan acceso a una atención de parto en mejores condiciones, incluyendo contar con proveedores entrenados en la atención del parto, control posparto a las 48 horas y atención de las emergencias obstétricas. Finalmente, como en la mayoría de los otros países, los servicios de atención materna y neonatal en el Perú enfrentan escasez de recursos –tanto en el sector público como en el privado– que impiden la ampliación de los servicios para satisfacer adecuadamente las necesidades de las mujeres.

Áreas de acción prioritarias

Las siguientes intervenciones han demostrado que mejoran la salud materna y neonatal y deben ser consideradas dentro de los esfuerzos del Perú para fortalecer las políticas y programas de salud materna y neonatal.

Incrementar el acceso a los servicios de salud reproductiva, salud sexual y planificación familiar, especialmente en las áreas rurales. Debido a la falta de acceso a la atención en las áreas rurales, los índices de mortalidad materna son más altos en estas áreas que en las urbanas. Además, muchos hombres y mujeres en las áreas rurales y urbanas no tienen acceso a la información y servicios de atención para VIH/SIDA y otras ITS.

Fortalecer las políticas de salud reproductiva y de planificación familiar y mejorar la planificación y asignación de los recursos. Si bien es cierto que los puntajes MNPI demuestran que muchos países tienen políticas fuertes a favor de la salud materna, la implementación de dichas políticas puede ser inadecuada. A menudo, los recursos disponibles son insuficientes o son usados ineficientemente. En algunos casos, la promoción puede fortalecer las políticas e incrementar el monto de recursos destinados a la salud reproductiva y a la planificación familiar. En otros casos, las barreras operativas a las políticas –barreras a la implementación y al financiamiento total de las políticas de salud reproductiva y planificación familiar– deben ser eliminadas.

Incrementar el acceso y la educación sobre la planificación familiar. La planificación familiar ayuda a las mujeres a evitar embarazos no deseados y a espaciar los nacimientos de sus hijos. De este modo, reduce su exposición a los riesgos del embarazo, el aborto y el parto. Una provisión confiable de métodos anticonceptivos puede ayudar a evitar la mortalidad materna asociada con embarazos no deseados.

Incrementar el acceso a la atención prenatal de alta calidad. La atención prenatal de alta calidad incluye la detección y tratamiento de las ITS, la anemia y la detección y tratamiento de la hipertensión. A las mujeres se les debe dar información acerca de dietas apropiadas y otras prácticas saludables y también acerca de dónde acudir para ser atendidas en caso de complicaciones del embarazo. El paquete de atención prenatal recomendado por la Organización Mundial de la Salud puede brindarse en cuatro visitas de control prenatal a lo largo del embarazo.

Incrementar el acceso a la atención profesional del parto. El parto es un momento crítico en el cual se deben tomar decisiones frente a complicaciones inesperadas y serias. Los proveedores

capacitados –profesionales de la salud tales como médicos u obstetras– pueden reconocer estas complicaciones y tratarlas o referir a las mujeres a centros de salud u hospitales en forma inmediata si se necesita una atención de mayor complejidad. Las gestantes de áreas rurales viven a grandes distancias de los servicios de atención obstétrica de calidad, de modo que las mejorías en el servicio dependen en gran parte de un reconocimiento temprano de las complicaciones, de mejores recursos para el manejo de las emergencias y de una mejor logística para el traslado rápido de los casos complicados a los hospitales distritales. Una mayor cobertura de atención profesional del parto, a través de mayor cantidad de proveedores capacitados y de puntos de servicio, son requerimientos básicos para mejorar la atención del parto. Contar con sistemas confiables de provisión de suministros y con programas de reentrenamiento del personal también son críticos.

Proveer atención oportuna en el posparto, brindar consejería y acceso a la planificación familiar. Es importante detectar y manejar en forma inmediata los problemas que pueden ocurrir en el posparto, tales como hemorragias, las cuales son responsables de aproximadamente el 25% de la mortalidad materna a nivel mundial. La atención en el posparto y la consejería ayudarán a asegurar la atención adecuada del recién nacido. La consejería debe incluir información acerca de la lactancia materna, las inmunizaciones y la planificación familiar.

Mejorar la atención post-aborto. Aproximadamente el 13% de la mortalidad materna a nivel mundial es secundaria a abortos realizados en condiciones inseguras. Las mujeres que sufren de complicaciones como resultado de abortos, necesitan acceso inmediato a tratamientos de alta complejidad para la atención de infecciones, hemorragias y lesiones al cervix y útero.

Fortalecer las actividades de promoción de la salud. Los medios de comunicación masiva deben ser usados para educar a la población acerca del embarazo y el parto, deben existir programas para ello con la participación de las organizaciones de la comunidad. Un paso importante para la promoción de la salud, para prevenir riesgos que afecten la salud materna, es hacer que el Ministerio de Salud suministre material educativo adecuado sobre prácticas seguras.

Referencias

¹ La fuente son las estimaciones de mortalidad materna para 1995 de OMS/UNICEF/FNUAP. Véase Hill, Kenneth, Carla AbouZahr, y Tessa 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. 2001. *2001 World Population Data Sheet*. Washington, DC: Population Reference Bureau. Disponible en http://www.prb.org/Content/NavigationMenu/Other_reports/2000-2002/sheet4.html

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 en la región Latinoamérica y El Caribe que se incluyeron en este índice son: Bolivia, Brasil, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Paraguay y Perú.

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
80 Glastonbury Blvd.
Glastonbury, CT 06033 USA

E-mail: j.ross@fgi.com
Fax: J.Ross +1 (860) 657-3918
Website: <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).