

Ecuador



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 Ecuador; 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 materna en Ecuador continúa a un nivel inaceptablemente alto. A pesar de que las cifras de mortalidad materna varían grandemente según su procedencia y son altamente polémicas, los mejores cálculos obtenidos para Ecuador indican que aproximadamente entre unas 500 y 700 mujeres y niñas mueren cada año a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo. Además, cada año, de unas 10.000 a 21.000 mujeres y niñas ecuatorianas 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, 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.

Ecuador en Cifras

Población a mediados de 2002	13,000,000
Edad media de las mujeres que se casan por vez primera	20 años
Partos asistidos por personal cualificado	71%
Tasa total de fertilidad (cifra media de hijos que tiene una mujer durante su vida)	3.3
Porcentaje de mujeres que tienen hijos antes de los 20 años	53%
Niños menores de 6 meses que reciben lactancia materna exclusiva	29%
Uso de métodos anticonceptivos modernos entre mujeres casadas de 15-49 años de edad	50%
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 fístula 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:

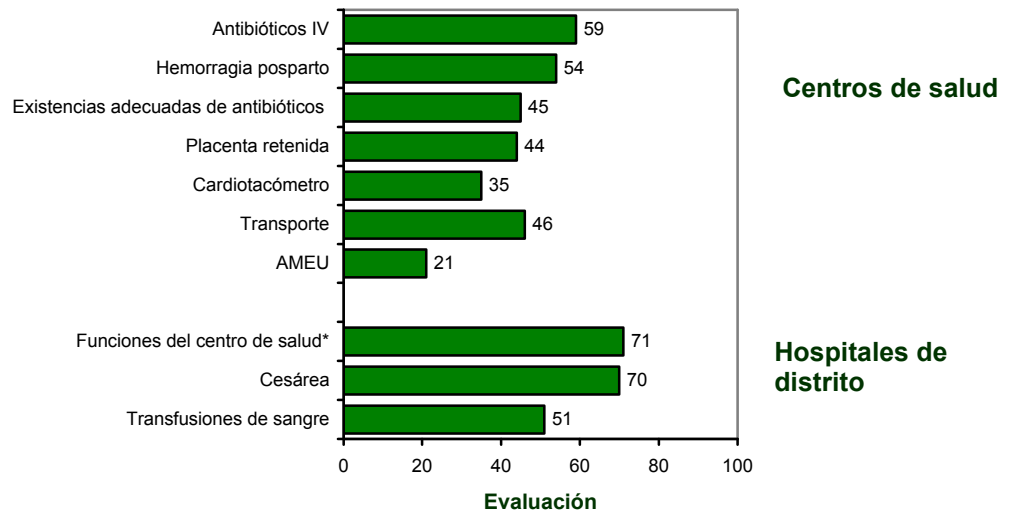
- Capacidad del centro de salud;
- Capacidad del hospital de distrito;
- Acceso a los servicios;
- Atención prenatal;
- Atención de salud durante el parto;
- Atención neonatal;
- Servicios de planificación familiar en los centros de salud;
- Servicios de planificación familiar en los hospitales de distrito;
- 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 significantes del estudio de Ecuador.

Capacidad de servicio

En general, la capacidad de prestar servicios de atención obstétrica de emergencia en Ecuador recibió una evaluación de 54 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 (21) y el uso del cardiotacómetro (35). El servicio más común en los centros de salud es la administración intravenosa de antibióticos (IV) (59). En comparación, los hospitales de distrito recibieron altas evaluaciones por efectuar operaciones de cesárea (70) y por prestar una variedad de servicios de centro de salud (71). El servicio más escaso de todos los servicios evaluados en los hospitales de distrito fue las transfusiones de sangre (51). En comparación a los servicios en otros países de la región de Latinoamérica, los centros de salud en Ecuador por lo general recibieron evaluaciones más bajas.

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

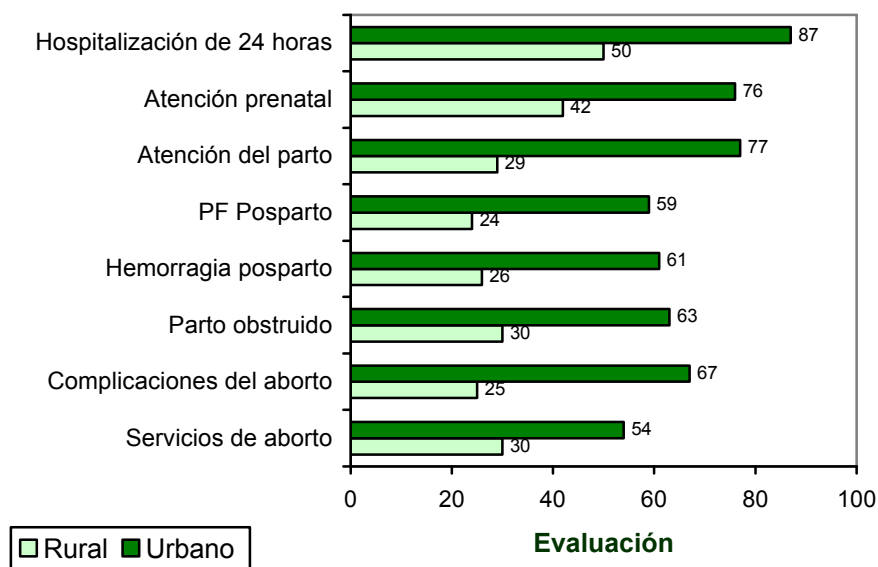


*Se refiere a todas las funciones desempeñadas por el centro de salud.

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 es inquietante para Ecuador ya que aproximadamente 4 de cada 10 (39 por ciento) personas en el país viven en áreas rurales.⁸ En general, Ecuador recibió una evaluación de 50 en cuanto al acceso, con un promedio de 32 en el acceso rural y de 68 en el acceso urbano, mostrando grandes diferencias en el acceso a los servicios. La figura 2 muestra las evaluaciones de acceso a ocho servicios en áreas rurales y urbanas. Las diferencias mayores en las evaluaciones del acceso rural y urbano a los servicios se encuentran cuando se toma en cuenta la prestación de servicios por personal cualificado (29 comparado con 77), el tratamiento de las complicaciones del aborto (25 comparado con 67), y la hospitalización de 24 horas (50 comparado con 87). Las evaluaciones del acceso rural variaron de 24 a 50, lo que sugiere una urgente necesidad de ampliar el acceso a una variedad de servicios. A pesar de que el acceso urbano recibió evaluaciones relativamente altas en algunos servicios, las evaluaciones todavía indican necesidad de mejora, especialmente en los servicios de aborto seguro (54).

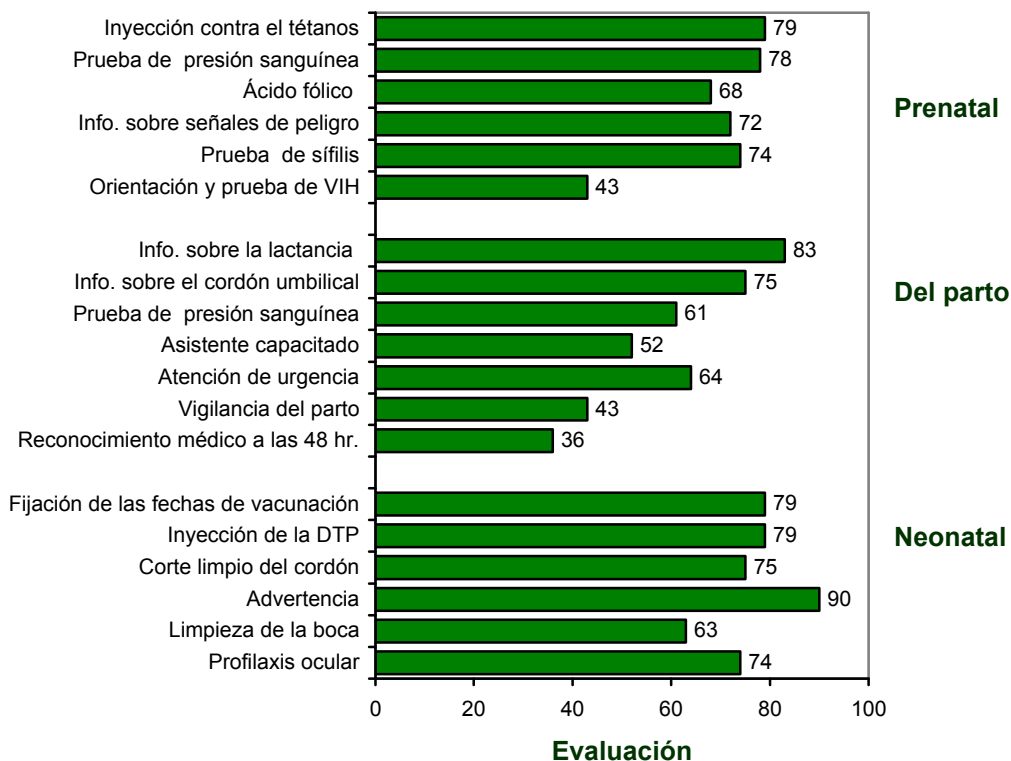
Figura 2. Comparación del acceso a servicios entre las áreas rurales y urbanas de Ecuador



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 Ecuador. En general, la atención recibida obtuvo una evaluación de 68, la atención neonatal recibió una evaluación media de 77 comparada con el 69 de la atención prenatal y el 59 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 52. 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 64 y 36 respectivamente. La fijación de citas para el reconocimiento médico en las 48 horas posparto (36), la vigilancia del parto (43), y la orientación y pruebas de VIH (43) obtuvieron las evaluaciones más bajas en cuanto a la atención recibida, mientras que proveer calor y mantener seco al recién nacido (90) y proporcionar información sobre la lactancia (83) recibieron la evaluación más alta.

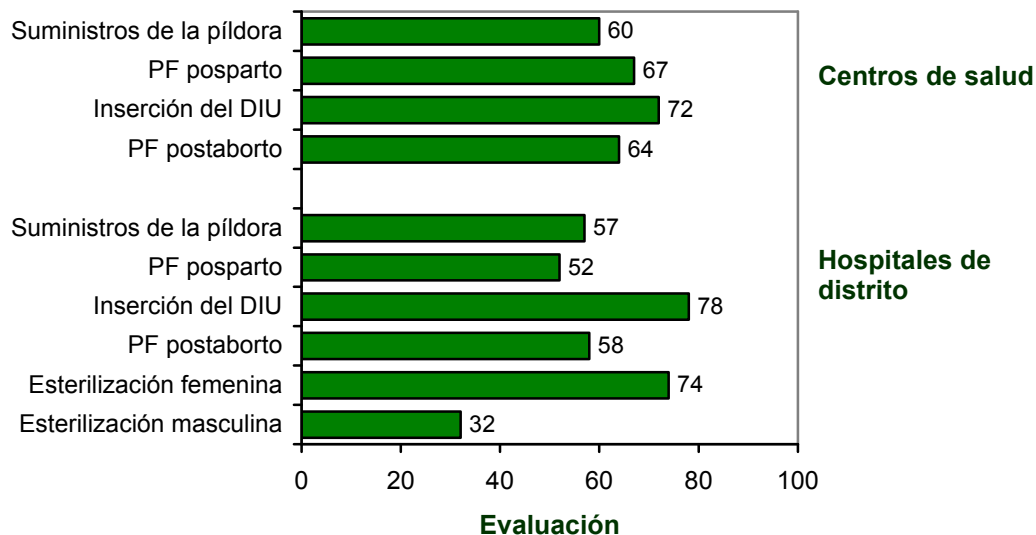
Figura 3. Atención recibida en Ecuador: prenatal, del parto y neonatal



Planificación familiar

En general los servicios de planificación familiar prestados en los centros de salud y hospitales de distrito en Ecuador recibieron una evaluación de 59. 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. Los centros de salud recibieron evaluaciones más altas que los hospitales en lo que respecta a la planificación familiar postaborto (64 comparado con 58), la planificación familiar posparto (67 comparado con 52) y los suministros de la píldora (60 comparado con 57). Ambos, centros de salud (72) y hospitales de distrito (78) recibieron evaluaciones relativamente altas por la inserción del DIU. Las existencias de la píldora (60) fue el servicio con la evaluación más baja en los centros de salud, mientras que la esterilización masculina (32) recibió la evaluación más baja en los hospitales de distrito.

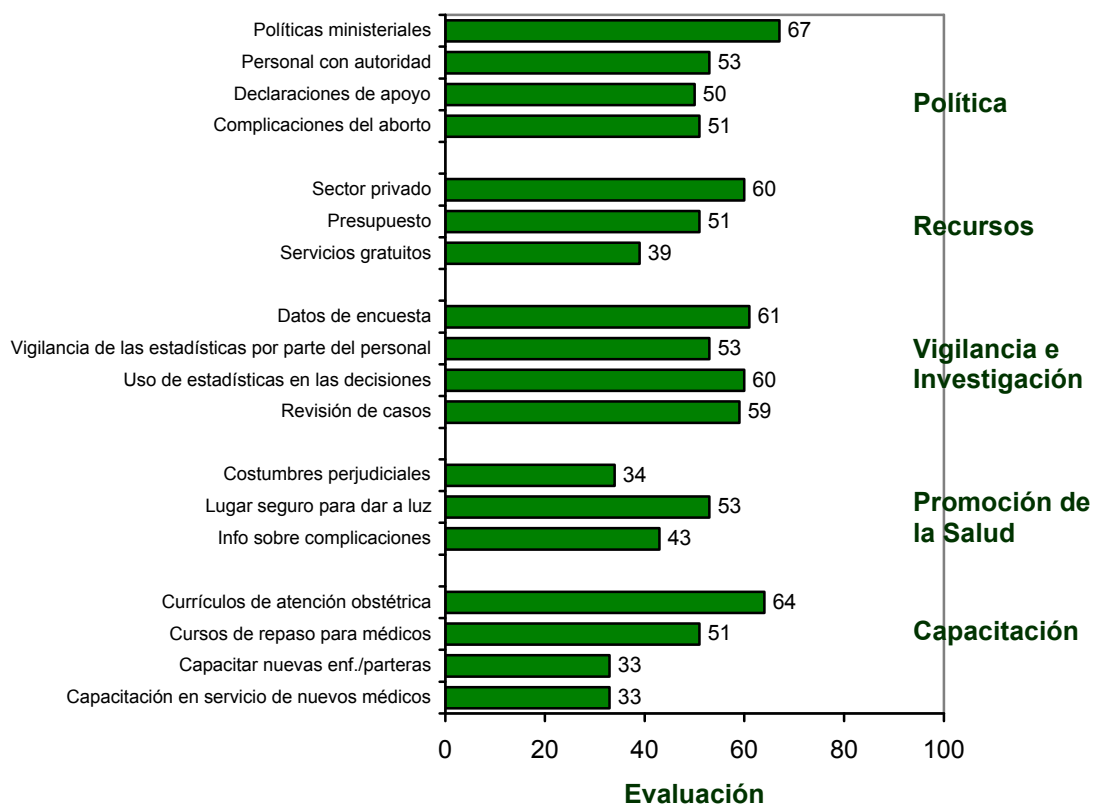
Figura 4. Prestación de servicios de planificación familiar en los centros de salud y hospitales de distrito en Ecuador



Funciones de política y apoyo

Las funciones de política y apoyo en Ecuador recibieron una evaluación general de 51. 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. Las medidas normativas tomadas a nivel ministerial en Ecuador en materia de salud materna recibieron una evaluación de 67. Sin embargo, el compromiso a estas medidas necesita reforzarse más a menudo a través de declaraciones públicas y de prensa por parte de las autoridades superiores del estado, un aspecto normativo que recibió una evaluación de 50. Las políticas en cuanto al tratamiento de las complicaciones del aborto (51) cuyo personal puede prestar atención de salud materna (53) también debieran desarrollarse.

Figura 5. Funciones de políticas y apoyo en Ecuador



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 Ecuador, como los recursos, vigilancia e investigación, promoción de la salud, y capacitación, precisan de un mayor desarrollo. Las evaluaciones de la disponibilidad de servicios gratuitos (39) y los recursos presupuestarios del estado (51) quedan a la zaga de los recursos del sector privado (60). Las evaluaciones también indican que Ecuador necesita mejorar su capacidad de vigilancia e investigación, especialmente en cuanto al análisis de estadísticas de rutina (53).

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 salud, la cual recibió una evaluación general de 43, necesita impulsarse de manera significativa. En Ecuador, temas tales como las prácticas perjudiciales (34), las complicaciones del embarazo (43), y lugares seguros para el parto (53) necesitan mayor atención. 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. A pesar de que las evaluaciones indican que se han elaborado algunos currículos para la atención obstétrica en la práctica (64), en la realidad, la capacitación en Ecuador es muy deficiente, especialmente en las áreas de capacitación en servicio de médicos recién contratados (33) y en la capacitación de nuevas enfermeras y parteras (33).

Comparaciones globales

En general, los expertos le dieron una evaluación de 57 a los servicios de salud materno-neonatal en Ecuador comparado con el promedio de 56 que recibieron los 49 países que intervinieron en el estudio del MNPI. Esta evaluación pone a los servicios en Ecuador en 23^{er} lugar entre los 49 países participantes. De los 10 países en desarrollo estudiados en la región de Latinoamérica,¹⁰ los servicios en Ecuador figuran en cuarto 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 Ecuador 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 Ecuador con los promedios globales de nueve aspectos selectos del MNPI. En algunos casos, las evaluaciones de los servicios en Ecuador sobrepasan las calificaciones de la evaluación global. En particular, Ecuador recibió evaluaciones más altas que el promedio global al tomarse en cuenta las pruebas de VIH y orientación voluntarias (43 comparado con 30), los servicios de atención obstétrica de emergencia (64 comparado con 55) y orientación sobre la lactancia (83 comparado con 74). Ecuador recibió las evaluaciones más altas en orientación sobre la lactancia (83), vacunación (79), y acceso urbano (68). Las tres áreas en que Ecuador recibió evaluaciones más bajas que el promedio global, y que quizá necesiten atención de urgencia, son en tener políticas adecuadas de salud materna (67 comparado con 72), reconocimiento médico en las 48 horas posparto (36 comparado con 41), y acceso rural a servicios de maternidad sin riesgo (32 comparado con 39).

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

Indicadores de Servicios Maternos y Neonatales	Evaluación global (promedio de 49 países)	Ecuador
Acceso de la mujer embarazada a servicios de maternidad sin riesgos *		
Acceso rural	39	32
Acceso urbano	68	68
Poder recibir atención obstétrica de emergencia	55	64
Fijaron cita para un reconocimiento médico en las 48 horas posparto	41	36
Vacunación**	76	79
Animaron a que inicien la lactancia inmediatamente	74	83
Ofrecieron pruebas de VIH y orientación voluntarias	30	43
Planificación familiar postaborto	54	61
Políticas de salud materna adecuadas	72	67
Recursos presupuestarios adecuados	48	51
Evaluación general	56	57

* 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 Ecuador necesita fortalecer sus políticas nacionales de maternidad sin riesgos. El país también debe asegurar que los esfuerzos puestos en la consecución de políticas nacionales se convierten en servicios y programas accesibles y de alta calidad al nivel local. Las evaluaciones indican que la mujer, en general, dispone de acceso razonable a ciertos tipos de servicios, como vacunación, atención neonatal, y algunos métodos de planificación familiar (Ej.: Inserción del DIU). Sin embargo, existen diferencias entre el acceso rural y urbano a muchos de los servicios; y además, en todas las regiones, la mujer precisa de acceso a mejores servicios de parto, como asistentes cualificados para el parto, reconocimiento médico en las 48 horas posparto, y atención obstétrica de emergencia. Por último, como en la mayoría de los países, los servicios de atención materno-neonatal de Ecuador 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 Ecuador 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 Demográfica y de Salud para Ecuador de 1994 (1994 Ecuador DHS) y las estimaciones de mortalidad materna para 1995 de la OMS/UNICEF/FNUAP. Ver Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable. 1995. *Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil*. Quito, Ecuador: Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable. 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. 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 de la región de Latinoamérica que se incluyeron en este índice son: Bolivia, Brasil, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay y Perú.