



2a Conferencia Global
Del 7 al de junio de 2010, Washington, DC

Women Deliver
588 Broadway, Suite 503
Nueva York, NY 10012
Estados Unidos de América
Tel: +1.646.695.9100
Web: www.womendeliver.org

Para obtener más información
sírvese escribir a:
info@womendeliver.org



Combatir la pobreza y la inequidad de género con el fin de mejorar la salud materna

Resumen ejecutivo

Silvia Paruzzolo, Rekha Mehra, Aslihan Kes, Charles Ashbaugh

aportar
SOLUCIONES
para las niñas y
las mujeres



Introducción

Más de medio millón de mujeres muere cada año durante el parto o por causas vinculadas con el embarazo⁽¹⁾. Prácticamente todas estas muertes (99%) ocurren en países de ingresos bajos^(2;3). El riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida es 1 entre 30.000 en los países del norte de Europa, mientras que en los países pobres es de 1 entre 6⁽⁴⁾. Por cada mujer que pierde la vida debido a su embarazo, entre 15 y 30 mujeres sufrirán enfermedades o incapacidades permanentes⁽²⁾.

International Center
for Research on Women

AUTORES

Silvia Paruzzolo
Rekha Mehra
Aslihan Kes
Charles Ashbaugh

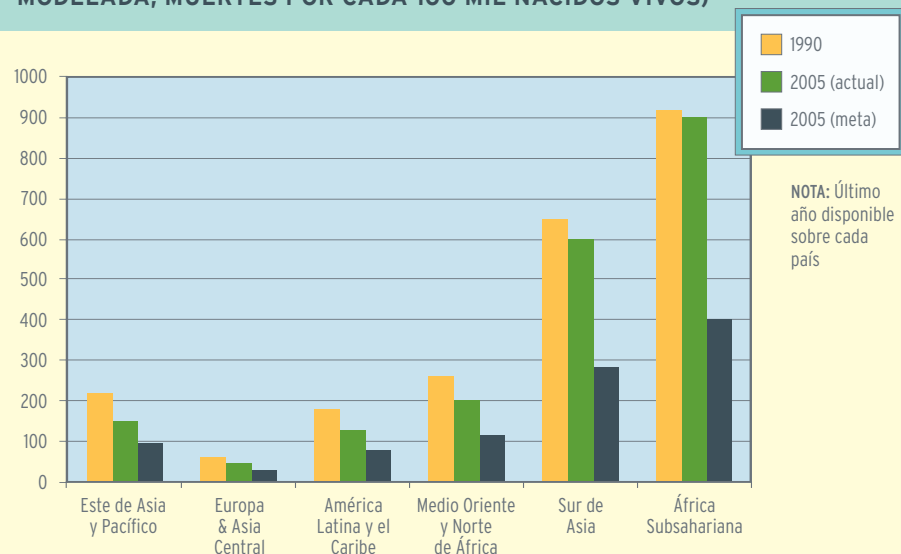
AGRADECIMIENTOS

Los autores y autoras agradecen a Ann Starrs, Geeta Rao Gupta, Ellen Weiss, y Rohini Pande por la revisión cuidadosa y los comentarios técnicos, y a Laura Kaufer y Gwennan Hollingworth por su apoyo con la investigación.

Este resumen está basado en el artículo de mismo nombre que aparecerá en los sitios www.icrw.org and www.womendeliver.org a partir de julio de 2010.

Este documento ha sido apoyado, en parte, por el Banco Mundial.

FIGURA 1: RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA (ESTIMACIÓN MODELADA, MUERTES POR CADA 100 MIL NACIDOS VIVOS)¹



RECUADRO 1: LA ACCIÓN POLÍTICA PARA MEJORAR LA ATENCIÓN EN SALUD

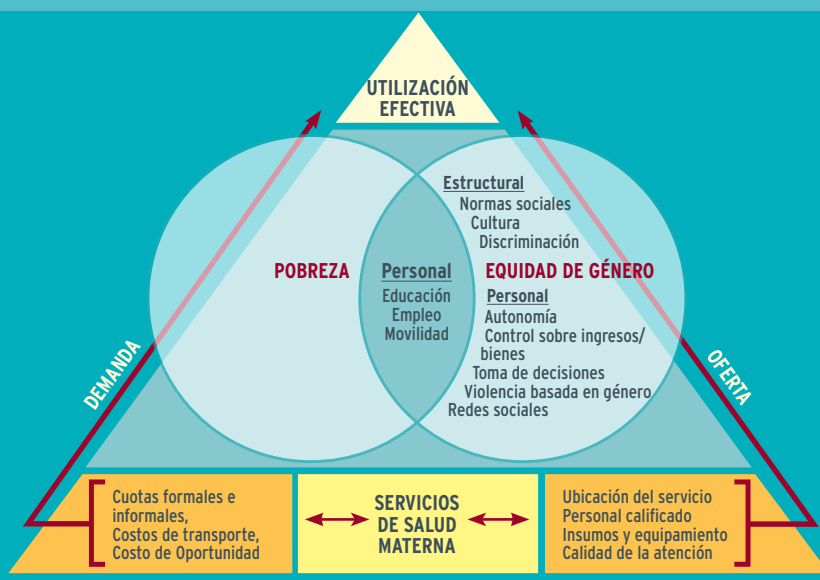
En septiembre de 2008, potenciando los esfuerzos para alcanzar los ODM vinculados a la salud, los líderes mundiales establecieron un Grupo de Trabajo sobre Financiamiento Internacional para fortalecer los sistemas de salud de los 49 países más pobres. Un año después, en la ONU, siguiendo las recomendaciones del Grupo de Trabajo, comprometieron US\$5,3 mil millones adicionales favoreciendo en particular los programas dirigidos a niños y mujeres y fortaleciendo así el Consenso para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño. Nepal, Malawi, Ghana, Liberia y Sierra Leona se comprometieron a ofrecer acceso gratuito a servicios de salud. Idealmente, 10 millones de mujeres y niños se beneficiarán de estos programas⁽⁸⁾.

En el año 2000 el Consejo General de la ONU adoptó como Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 el “mejoramiento de la salud materna”. Este Objetivo tiene dos metas: la meta (a) es la reducción de la razón de la mortalidad materna (RMM) en tres cuartos entre 1990 y 2015; y la meta (b) es lograr el acceso universal a la salud reproductiva para el 2015. Pasada una década del plazo establecido, el progreso hacia la meta de la salud materna ha sido limitado, en el mejor de los casos⁽⁵⁾. A pesar de una disminución en la RMM de 2.5% a nivel global entre 1990 y 2005, y una caída pequeña en todas las regiones de mundo⁽⁶⁾, las ganancias son aún muy pequeñas (figura 1). La gran mayoría de las muertes maternas (80%) se deben a complicaciones que las mujeres sufren durante el embarazo, durante el parto o dentro de las 6 semanas siguientes al parto⁽⁷⁾. Se podrían lograr reducciones significativas de la mortalidad materna si hubiera disponibilidad de servicios de salud y si estos fueran utilizados por todas las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto.

¹ Utilizando una nueva metodología, Hogan et al.⁽⁵⁾ estiman la mortalidad materna en 2008 en 342.900, lo cual constituye un enorme descenso de las 526.000 muertes calculadas en 1980. Si bien esto demuestra progreso a nivel global en la ruta hacia los ODM, solamente 23 de los 181 países en el estudio van encaminados a alcanzar la meta de 75% de descenso para el 2010. La mortalidad materna sigue representando una enorme proporción de las pérdidas de vida por causas prevenibles.

Sin embargo, según la investigación, para alcanzar esta meta es esencial atacar la pobreza y la inequidad de género que afectan tanto la demanda como la oferta de servicios de salud materna. Este enfoque es fundamental para maximizar el apoyo político creciente y el aumento de inversiones para mejorar los sistemas de salud, incluyendo los servicios de salud materna (recuadro 1). En este trabajo se analiza cómo la pobreza y la inequidad de género constituyen barreras para el acceso y el uso de los servicios de salud materna, y por lo tanto, tienen un impacto sobre la mortalidad materna. Asimismo, se presentan los hallazgos clave surgidos del análisis del efecto de las diferentes estrategias diseñadas para aumentar la utilización de los servicios de salud materna. Se requieren esfuerzos en diferentes niveles para incrementar el acceso y la utilización de los servicios de atención prenatal, de atención al parto y atención posparto. Una gran parte de la investigación y la programación en salud materna a la fecha se centra en los dos primeros niveles de atención, mientras que la atención posparto queda relegada, y esto se ve reflejado en nuestro análisis. Una parte substancial del análisis se dedica a los resultados obtenidos y a descifrar si los beneficios llegan a las mujeres más empobrecidas y por ello más desempoderadas.

FIGURA 2: LAS MUJERES EN EL CENTRO DE LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNA: DETERMINANTES Y BARRERAS A LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS.



La pobreza y la inequidad de género restringen el progreso en la reducción de las muertes maternas

La Figura 2 muestra los factores que afectan la utilización de los servicios de salud materna, desde la perspectiva de la oferta y de la demanda. La pobreza y las inequidades de género aparecen en el centro del triángulo que lleva a la utilización efectiva ya que se comportan como barreras o filtros que limitan la habilidad individual de una mujer para traducir la demanda en una utilización efectiva. Los círculos se superponen dado que la pobreza está íntimamente ligada con las inequidades de género aunque éstas pueden afectar a mujeres de cualquier nivel socioeconómico. En la intersección entre pobreza e inequidad de género se encuentran la educación, el empleo y la movilidad. Las inequidades de género se ven determinadas por una serie de factores entre los que se incluyen la cultura, las normas sociales, la discriminación, y otros factores que afectan la capacidad de las mujeres de actuar en su propio beneficio. O sea, la autonomía, la toma de decisiones, el control sobre los ingresos y bienes, la violencia de género, y la participación en redes sociales.

Todos estos factores actúan ya sea empoderando o limitando el empoderamiento de las mujeres, y por lo tanto, tienen repercusiones en su capacidad para usar de manera efectiva los servicios de salud materna.

La pobreza es un determinante clave para la utilización de los servicios de salud materna por parte de las mujeres y de la mortalidad materna.

Un análisis de las Encuestas Demográficas de Salud (ENDESAs) llevado a cabo en 55 países a mediados de los años 90 mostró que las mujeres en el quintil más rico tenían 5.2 veces más probabilidad de dar a luz con un doctor, una enfermera o una partera a su lado que las mujeres en el quintil más pobre⁽⁹⁾. Como se muestra en la Figura 3a, los datos del Banco Mundial revelan disparidades semejantes. En todas las regiones exceptuando Europa y Asia Central, menos de la mitad de las mujeres en el quintil de menor riqueza dan a luz con el apoyo de una persona con entrenamiento médico. A su vez, con excepción de Asia del Sur, al menos el 80% o más de las mujeres de los quintiles más ricos reciben atención calificada durante sus partos. En promedio, apenas un 22% de las mujeres de Asia del Sur y menos de la mitad de las mujeres en África Subsahariana dan a luz con personal calificado, y, de las mujeres en el quintil más pobre, apenas el 7% en Asia del Sur y el 25% en África Subsahariana. Aunque la cobertura de la atención prenatal es generalmente mayor que la de atención calificada del parto en todas las regiones, existen disparidades similares entre los quintiles más ricos y más pobres (figura 3b). En términos generales, las mujeres más pobres en las regiones más empobrecidas del mundo tienen los niveles más bajos de acceso y uso de los servicios de salud materna⁽¹⁰⁾.

Comienzan a generarse evidencias sobre el vínculo entre pobreza y muerte materna en los países de ingresos bajos y medios. En Perú por ejemplo, la mortalidad materna en los quintiles más pobres es 6 veces mayor que en los quintiles más ricos (800/100.000 vs 130/100.000)⁽⁴⁾. En Indonesia, el riesgo de muerte materna es entre 3 y 4 veces mayor en el grupo más pobre⁽¹¹⁾. Un análisis realizado en 10 países en desarrolloⁱⁱ revela que la proporción de mujeres que mueren por causas maternas aumenta consistentemente a medida que aumenta la pobreza⁽¹¹⁾.

ii Los países incluidos en este estudio son: Burkina Faso, Indonesia, Kenia, Mali, Nepal, Perú y Tanzania.

FIGURA 3a: ATENCIÓN DEL PARTO POR UNA PERSONA CON ENTRENAMIENTO MÉDICO POR QUINTIL DE INGRESO¹²

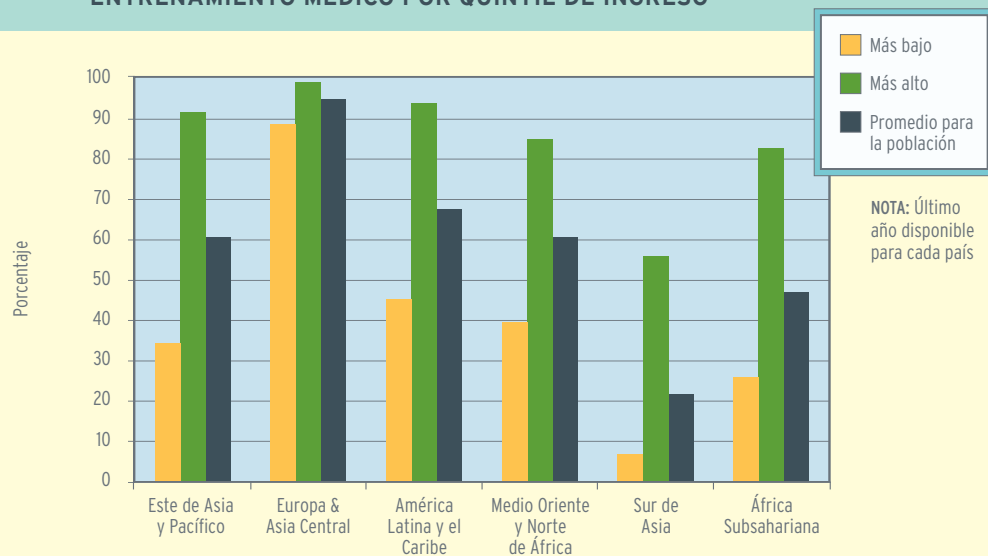
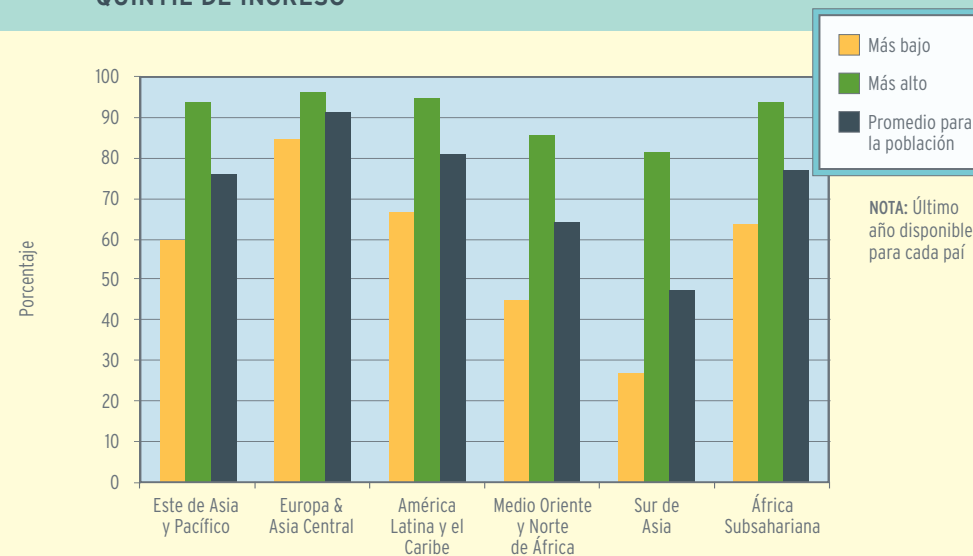


FIGURA 3b: AL MENOS UNA VISITA PRENATAL POR QUINTIL DE INGRESO¹²



Los costos son altos, impredecibles, y probablemente catastróficos para las personas pobres, y una barrera para la utilización de los servicios

Los costos considerados incluyen aquellos vinculados con las instalaciones y los servicios y con cuotas formales e informales, costo de los medicamentos y los insumos, transporte al hospital o clínica, y el costo de oportunidad del tiempo perdido para llegar al hospital o a la clínica y recibir la atención⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Las cuotas formales a menudo toman la forma de importes abonados al momento de la consulta y típicamente el dinero sale de los bolsillos de los particulares. Estos cargos pueden ser relativamente altos, aun en establecimientos de salud públicos, especialmente para las personas pobres. Un estudio reciente en Indonesia mostró que los costos que se aplican en los establecimientos pueden alcanzar los US\$200. Para el 68% de los hogares del quintil más pobre que participaron en el estudio estos costos representan más del 40% del ingreso anual disponible, una suma considerada como “catastrófica” por los autores. Los costos de una atención de emergencia en el caso de complicaciones obstétricas pueden ser incluso mayores. Por lo tanto, para muchas

mujeres pobres, los costos pueden ser prohibitivamente altos y constituir un impedimento para recibir la atención en sanitaria que necesitan⁽¹⁵⁾.

Los costos informales consisten en pagos extraoficiales que pueden ser exigidos, aun en casos en que supuestamente los servicios son gratuitos. Pueden deberse a pago de insumos, o darse como incentivos al personal para inducir una mejor atención. Un estudio realizado en Bangladesh reveló que los cargos por atención materna en hospitales públicos en Dhaka, donde los servicios son ostensiblemente gratuitos, llegaban a US\$32 por un parto normal y US\$118 por una cesárea⁽¹⁷⁾. En una región rural de India, las personas pobres pagan por una visita a un centro de salud “gratuito” casi lo mismo que pagarían por una consulta médica privada⁽⁹⁾.

El costo de transporte puede ser importante y constituir una barrera significativa en muchos lugares. Estudios llevados a cabo en Tanzania y Nepal estimaron que los costos de transporte representan el 50% o más de los costos totales de la atención. Estudios provenientes de una variedad de contextos tales como Filipinas, Uganda y Tailandia mostraron que la distancia tiene un efecto

adverso en la demanda de partos institucionales⁽¹³⁾. Los costos de transporte son altos principalmente debido a que las distancias son grandes en las zonas rurales de los países con ingresos bajos donde se concentra la población pobre, y los caminos e infraestructura de transporte está en malas condiciones. En Ghana, un descenso de la distancia a los servicios público a la mitad casi duplicó su utilización⁽⁹⁾.

Los costos de oportunidad de la búsqueda de atención también pueden constituir una barrera para las mujeres pobres, quienes no pueden darse el lujo de restar tiempo a sus actividades productivas y carecen de los recursos para pagar una persona que se ocupe de sus tareas mientras ellas reciben atención en salud materna⁽¹⁴⁾.

La inequidad de género es un factor clave y subestimado en la utilización de los servicios de salud materna.

En muchos países de ingresos bajos donde la mortalidad materna es elevada y la utilización de los servicios de salud es baja, persisten inequidades de género profundamente enraizadas en la cultura. Entre los efectos de la inequidad de género se encuentra una relativamente mayor pobreza entre las mujeres, menor educación, falta de autonomía y movilidad, violencia sexual y, en términos generales, un estatus social más bajo y falta de empoderamiento. Las inequidades de género, tal como aquellas debidas a la raza, la religión y la etnia en muchos contextos trascienden las diferencias de clase⁽²⁰⁾. A menudo están definidas y son perpetuadas por las normas sociales y la cultura, y reflejan diferencias de poder entre los hombres y las mujeres, tanto dentro de los hogares como en el círculo social más amplio^(20,21).

Dichas normas son particularmente dañinas para las mujeres jóvenes ya que las coloca en lo más bajo de la jerarquía familiar y social. Estas normas pueden, por ejemplo, dictar el matrimonio precoz para las niñas. A nivel global, cerca de 17 millones de mujeres jóvenes se casan antes de los 20 años y la mayoría de estos matrimonios ocurren en países de ingresos bajos⁽²²⁾. El matrimonio precoz a menudo conduce a la maternidad precoz y a una fertilidad total alta, ambas

vinculadas con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad maternas⁽²²⁻²⁴⁾. De hecho, se estima que entre el 25 y el 50% de todas las mujeres jóvenes en países de ingresos bajos dan a luz antes de cumplir los 18 años⁽²²⁾.

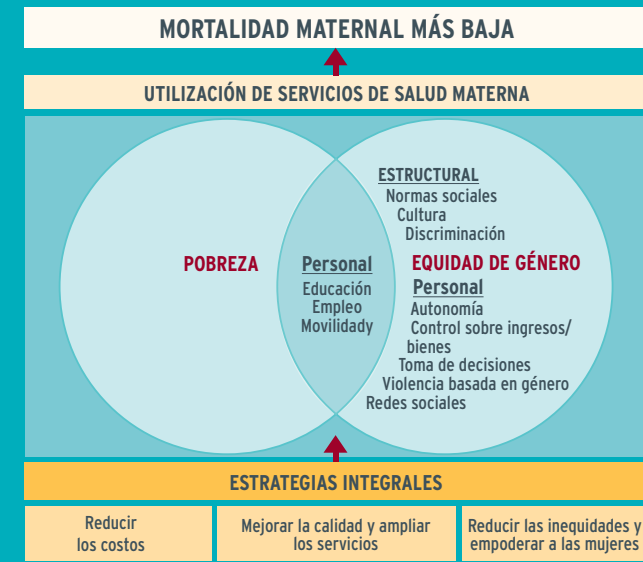
Las inequidades de género, el estatus bajo y falta de empoderamiento de las mujeres tienen un impacto significativo en la salud de las mujeres, en particular en su salud reproductiva y en su demanda de servicios de salud reproductiva en general⁽²⁴⁾. Un estudio en Bangladesh reveló que la probabilidad de buscar servicios de salud de cualquier tipo era 1,73 veces mayor en los hombres⁽²⁵⁾. Un acceso limitado a la educación para mujeres y jóvenes hace que éstas carezcan de los conocimientos y las herramientas que necesitan para tomar decisiones informadas en relación a su salud^(18;20). En muchos contextos conservadores, las normas sociales y culturales restringen la movilidad de las mujeres y por lo tanto frenan su demanda de servicios de salud^(13;26;27).

Algunos miembros de la familia pueden considerar que el parto es “un asunto de mujeres” que no debe involucrar a todo el hogar. En estos casos, las mujeres pueden tener dificultades para conseguir el dinero necesario para pagar el transporte hacia los servicios de salud. En Bangladesh, donde el acceso de las mujeres a los servicios preventivos o curativos es bajo, las mujeres son económicamente dependientes de sus maridos, quienes pueden decidir no pagar los servicios de salud⁽²⁸⁾. En Indonesia, algunos investigadores detectaron que el acceso de las mujeres a los bienes familiares (un indicador de las relaciones de poder entre esposos) afectaba el uso de servicios de atención prenatal⁽²⁹⁾. Las mujeres que no tenían acceso a los bienes familiares estaban en desventaja en relación a las decisiones relativas a la salud; aun pequeños aumentos en su acceso a bienes se tuvieron un impacto sustancial en la utilización de servicios de atención materna. La posesión de bienes hace que las mujeres tengan más probabilidades de utilizar servicios de atención prenatal y de dar a luz en un hospital o en una clínica privada.

Si bien es fundamental que las políticas y los programas mejoren y amplíen los servicios simultáneamente a la reducción de los costos para las mujeres de



FIGURA 4: LAS MUJERES EN EL CENTRO DE LA ATENCIÓN EN SALUD MATERNA: ELIMINAR LAS BARRERAS A LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS.



ingresos bajos, estas acciones por sí solas pueden no ser suficientes para garantizar el acceso a los servicios de salud materna. Las inequidades de género pueden aun así limitar el acceso e impedir que las mujeres utilicen los servicios. Por lo tanto, los esfuerzos para mejorar la utilización de los servicios de salud materna y sus resultados deben también encontrar formas de empoderar a las mujeres y combatir las inequidades de género^(20;24). Si bien no todas estas estrategias caerán dentro del ámbito de los programas de atención en salud, es importante descubrir cuáles sí lo hacen y actuar sobre ellas, a la vez que se aboga por inversiones para mejorar el estatus general de las mujeres. Por otra parte, se necesita más investigación sistemática para conocer mejor los factores que contribuyen a la falta de empoderamiento de las mujeres, y su relación con la utilización de servicios de salud materna. Finalmente, es importante incluir indicadores de género como parte de las evaluaciones de los servicios y de las políticas y programas de desarrollo que apuntan a mejorar la utilización de los servicios de salud materna.

Estrategias para incrementar la utilización de los servicios de salud materna ¿Qué tanto tienen éstas en cuenta la pobreza y las inequidades de género?

Tal como se describió más arriba, el comportamiento de búsqueda de atención en salud de las mujeres, su demanda de servicios varios de atención materna, y su habilidad de acceder y utilizar los servicios está determinado por una mezcla de factores económicos y de género. Del lado de la oferta, la entrega de servicios está condicionada por la disponibilidad de recursos financieros, físicos y humanos para ofrecer servicios que sean sostenidos, de calidad, accesibles y asequibles^(9;13).

La Figura 4 muestra los tipos de estrategias amplias que se necesitan para abordar las barreras impuestas por la pobreza y las inequidades de género y para ayudar a las mujeres a superarlas y aumentar su utilización de los servicios. Dado el impacto de la pobreza sobre la utilización de servicios, se

han diseñado e implementado una variedad de estrategias par reducir el peso de los costos. Estas estrategias van desde la eliminación de las cuotas de usuario hasta la transferencia –condicional o no- de montos en efectivo. También se han diseñado una serie de estrategias desde el lado de la oferta para ampliar y mejorar la calidad los servicios y así aumentar su utilización. Estas incluyen incentivos a los proveedores de salud de acuerdo a su desempeño y la contratación de organizaciones privadas para la provisión de servicios de salud materna. Las estrategias para empoderar a las mujeres de manera que se transformen en consumidoras activas de los servicios de salud son muy necesarias pero menos utilizadas, exceptuando algunos programas comunitarios participativos. Esta revisión aboga por la integración de todos estos mecanismos dentro de las estrategias dirigidas a reducir la pobreza y las inequidades de género, a fin de habilitar a las mujeres pobres y poco empoderadas para que se beneficien de la oferta de servicios de salud materna de calidad.

Esta sección analiza los resultados más importantes de una selección de programas evaluados. Si bien la atención se centró en programas rigurosamente evaluados, se incluyen también unos cuantos estudios menos rigurosos ya que aportan la única evidencia disponible sobre algunos aspectos de gran interés. El análisis incluido más abajo presenta hallazgos relevantes discutidos por los autores de los trabajos e informes publicados, e incluye –hasta donde es posible- el alcance de los mecanismos dirigidos a combatir la pobreza y la inequidad de género y si éstos benefician a las mujeres más pobres y más desempoderadas.

La sistematización de la evidencia no es exhaustiva si no que más bien destaca una cantidad de evaluaciones de impacto llevadas a cabo recientemente en países de ingresos bajos y medios, que constituyen la base de conocimiento en el campo y que pueden informar las estrategias a seguir en el futuro.



Reducir la carga de los costos

Cuando se introdujeron las cuotas de usuario hace 20 años, éstas apuntaban a mejorar la efectividad, la eficiencia y la equidad de los servicios⁽³⁰⁾. Sin embargo, existe una cantidad sustancial de evidencia que demuestra que las cuotas no funcionaron como se esperaba y que más bien perjudicaron a las mujeres más pobres y aumentaron la brecha entre ricos y pobres en la utilización de los servicios y en los resultados de salud materna⁽³⁰⁾. Las excepciones o readecuaciones de cuotas para las mujeres pobres no funcionaron debido a que fue muy difícil administrarlas, entre otras razones. Las reformas recientes por lo tanto se han centrado en eliminar las cuotas por completo⁽²¹⁾. La oferta de servicios de salud materna totalmente gratuitos es una de las cinco acciones clave del Consenso Global para la Salud de la Madre, el Niño y el Recién Nacido, y algunos países se han comprometido a ofrecer servicios de salud gratuitos (*ver recuadro 1*).



RECUADRO 2: ELIMINACIÓN DE LAS CUOTAS DE USUARIOS DE LOS SERVICIOS: RESULTADOS DE GHANA

En el 2004 Ghana lanzó una política nacional para eximir a las mujeres del pago de los servicios de atención del parto en hospitales públicos y privados. Una evaluación del programa mostró que la política fue costo efectiva y que abordó efectivamente las cuestiones de equidad -hubo un aumento significativo de la atención institucional del parto en los quintiles 3ro y 4to más pobres. La proporción de gasto del bolsillo en relación al ingreso también descendió, aunque en mayor medida en los hogares más ricos. La proporción de hogares que cayeron en la pobreza debido a gastos catastróficos derivados del parto descendió de 2,3% a 1,3%⁽³³⁾.

La eliminación de las cuotas puede aumentar la demanda entre mujeres de bajos ingresos. Este aumento de la demanda y la sustentabilidad financiera requieren de una planificación cuidadosa.

Muchos países de ingresos bajos y medios han eliminado recientemente las cuotas de usuario como una forma de aumentar el uso de los servicios. Los resultados revelan que esto puede tener un impacto positivo en la utilización de los servicios de salud materna, y, en algunos casos, incluso entre las poblaciones más pobres (recuadro 2). La eliminación de cuotas en Níger en el 2006 duplicó las consultas prenatales. En Burundi, los partos hospitalarios aumentaron un 61% y el número de cesáreas aumentó 80%. En las zonas rurales de Zambia la tasa de utilización de establecimientos gubernamentales aumentó en 50% y en proporción más aun entre la población pobre, sin que se haya observado una disminución en la calidad de la atención⁽³¹⁾. En Uganda, la eliminación de las cuotas de usuarios en los centros de salud públicos aumentó el uso de servicios hospitalarios en 84% y este aumento fue mayor aun entre la población más pobre⁽³²⁾.

Por otra parte, la eliminación de las cuotas de usuario puede tener consecuencias negativas inesperadas, como por ejemplo, aumentos en la demanda que sobrecargan los sistemas de salud y que ponen en riesgo la calidad de la atención brindada^(34;35). Más aun, pueden dar lugar a un aumento de pagos extraoficiales ya sea como incentivos al personal, para obtener mejores servicios, o para pagar insumos básicos que no se encuentran en ese nivel de provisión de servicios⁽¹⁵⁾.

Dichas experiencias sugieren que si bien eliminar las cuotas de usuario puede mejorar el acceso de los más pobres a los servicios, en muchos casos, el proceso también requiere una planificación cuidadosa para mitigar las consecuencias negativas y para incrementar la eficiencia y efectividad de los sistemas de salud. Los sistemas de salud deben estar preparados para un aumento de la demanda de los servicios, y asegurar una adecuada asignación de personal, así como medicamentos e insumos suficientes. En general, debe preverse una

mayor cantidad de recursos financieros para esto ya sea de los gobiernos o de los donantes, a la vez que se exploran mecanismos alternativos para financiar los servicios de manera sustentable y equitativa^(30;34;36).

Entre los diferentes mecanismos alternativos para financiar la salud, el financiamiento derivado de los impuestos es considerado el ideal. Sin embargo, en muchos países de ingresos bajos, el pequeño volumen de la población activa que paga impuestos, y la falta de efectividad de los sistemas de recolección limitan la relevancia de este mecanismo^(9;37;38). El seguro social generalmente distribuye el peso del financiamiento en salud entre empleados y empresas, y permite que los fondos públicos se canalicen para subsidiar las primas de los más pobres^(37;39). Una limitación en los países de ingresos bajos es su falta de efectividad para llegar a los desempleados, los empleados por cuenta propia, los trabajadores de zonas rurales y al sector informal^(15;37;39). El relativamente nuevo modelo de seguro de salud comunitario puede ser más efectivo para llegar a estas poblaciones^(38;40), pero a la fecha aun tiene una escala limitada. Menos del 0,2% de la población de África está cubierta por este tipo de esquemas⁽⁴¹⁾, y las personas aun pagan por los servicios de su bolsillo. Los esquemas de seguro comunitario solamente han sido exitosos cuando forman parte integral de los sistemas nacionales de salud, en lugar de ser programas aislados de pequeña envergadura⁽³⁵⁾.

Dar subsidios a poblaciones específicas puede potencialmente aumentar el acceso y la utilización de servicios de salud materna entre las mujeres pobres.

En tres distritos de Cambodia se evaluó un programa que ofrecía cupones a las mujeres embarazadas para compensar los costos de la atención prenatal y la atención al parto en centros de salud u hospitales (por ejemplo, cuotas de usuario, costos de transporte)⁽⁴²⁾. El estudio descubrió que los cupones mejoraron el acceso de las mujeres pobres embarazadas a los servicios prenatales y a la atención segura del parto. En un período de 12 meses, el número de partos institucionales aumentó, y también lo hizo el número de

beneficiarias de los cupones, sin que se registrara descenso en el número de partos financiados por las usuarias. Esto significa que los cupones atraieron a mujeres embarazadas pobres a dar a luz en establecimientos públicos. Sin embargo el programa no benefició a todas las candidatas potenciales, y no todos los cupones distribuidos para dar a luz en hospitales fueron utilizados. Entre las razones para no usar el cupón se mencionaron: decepción en relación al personal de los servicios de salud, dificultad percibida para encontrar transporte en el medio de la noche, dudas sobre la cobertura del subsidio (si cubriría transporte desde áreas remotas), y ausencia de personas en el entorno para hacerse cargo del hogar. En términos generales, el esquema de cupones funciona mejor cuando la demanda se puede predecir y cuando se combina con estrategias de mercadeo social para aumentar el grado de información y fomentar su utilización⁽⁹⁾.

La entrega condicionada de dinero en efectivo aumenta la demanda de los servicios de salud materna y tiene potencial para empoderar a las mujeres para que se transformen en consumidoras más activas de servicios de salud.

Los resultados de un experimento en México sugieren que la entrega de dinero en efectivo a las mujeres, condicionada a determinados comportamientos tales como la participación en talleres sobre salud materna y/o la visita a los servicios de salud aumenta la utilización de determinados servicios. En el caso del programa *Oportunidades*, lanzado en 1997, se entregó dinero en efectivo a mujeres pobres de zonas rurales a condición de que obtuvieran servicios de salud y suplementos nutricionales, y participaran en sesiones de educación en salud⁽⁴³⁾. Los resultados de la evaluación mostraron que las beneficiarias acudieron a un mayor número de consultas prenatales que las no beneficiarias. Adicionalmente, la calidad de los servicios obtenidos (basada en porcentaje de procedimientos recibidos durante las consultas) fue significativamente mejor en las mujeres beneficiarias. Los autores creen que la diferencia en la calidad de la atención se debe al empoderamiento de las mujeres beneficiarias como resultado de los requerimientos de educación a través del programa. Durante

las sesiones educativas, las mujeres aprenden qué es lo que deben esperar de los servicios de salud materna y se convierten en consumidoras de servicios de salud más activas⁽⁴⁴⁾.

Mejorar y ampliar los servicios

Capacitar y asignar personal calificado a nivel comunitario puede aumentar la cobertura de servicios entre los más pobres en zonas remotas.

En 1989 se inició en Indonesia un programa nacional para incrementar la cobertura de partos atendidos por personal calificado entre las mujeres más pobres. Para 1996, el *Bidan Di Desa* (el programa de parteras rurales) había capacitado a más de 50 mil parteras en todo el país. Las investigaciones mostraron que el uso total de personal calificado durante el parto aumentó entre los quintiles más pobres y en las poblaciones de zonas rurales^(45;46). Sin embargo, el acceso y el uso de servicios por parte de los más pobres no fueron uniformes. En algunas áreas, las parteras cobraban cuotas para suplementar lo que recibían del programa, lo cual tuvo un impacto negativo desproporcionado sobre la utilización de los servicios por parte de las mujeres más pobres. La descentralización de los servicios de atención calificada, acercándolos a las poblaciones de menores ingresos, tuvo un impacto significativo en el acceso y el uso general de los servicios. Pero podría ser necesario agregar medidas complementarias como entregas de dinero en efectivo o cupones para asegurar que las poblaciones muy pobres accedan a los servicios, inclusive en sitios en donde el personal de salud cobra por sus servicios.

Dar incentivos para mejorar la conducta del personal de salud puede mejorar el uso de los servicios de salud materna. Sin embargo para alcanzar a las mujeres más pobres es necesario realizar un esfuerzo especial.

En Ruanda se implementó y evaluó un esquema de pago por desempeño entre 2006 y 2008 por el cual el personal de salud recibía bonos condicionados a la calidad y la cantidad de servicios de salud materna brindados⁽⁴⁷⁾. Si bien aumentó la cantidad de mujeres que recibió la vacuna del tétanos en la consulta prenatal y el número de partos institucionales, no hubo cambios en la probabilidad de que las mujeres accedieran a servicios de atención prenatal. Una de las razones de esta diferencia podría radicar en los incentivos financieros que se otorgaron. Aquellos servicios que recibieron menos incentivos fueron los que mostraron menores cambios significativos (US\$0,09 por una visita prenatal vs. US\$4,59 por un parto institucional). Dado el alto retorno de los partos institucionales, algunos proveedores de salud reclutaron promotores de salud comunitarios para convencer a las mujeres de dar a luz en los centros de salud. Desafortunadamente el informe de evaluación no indicó si este programa benefició a las mujeres más pobres. El estudio sugiere que en el caso de los servicios cuya utilización depende en gran medida del comportamiento de las mujeres, los incentivos financieros al personal de salud por sí solos pueden no ser suficientes. Además deben considerarse incentivos para las usuarias, y para que los trabajadores comunitarios de salud encuentren y convencan a las mujeres para que utilicen los centros de salud. El *Janani Suraksha Yojana*, un programa nacional del gobierno de India incorporó este tipo de incentivos en su diseño (*recuadro 3*).

Adicionalmente, los incentivos al personal de salud pueden ser más efectivos en la reducción de las inequidades en los ingresos cuando se entregan sumas mayores por aumento en la utilización de los servicios entre las mujeres más pobres.

RECUADRO 3: EL PROGRAMA JANANI SURAKSHA YOJANA (JSY) EN INDIA

El Programa JSK fue inaugurado en India en 2005 bajo el paraguas de la Misión Nacional de Salud Rural y como parte de la Fase II del Programa de Salud Reproductiva y Salud Infantil. El programa tuvo las siguientes características: pagos de dinero en efectivo a las mujeres embarazadas y a promotores de salud comunitarios por partos hospitalarios, una cuidadosa selección de beneficiarias, el uso de promotores de salud comunitarios como vínculo entre el gobierno y las mujeres embarazadas, y la alianza con el sector privado para asegurar cobertura total de la demanda aumentada de los servicios.

En particular, la selección de beneficiarias fue cuidadosamente diseñada de manera de que tanto la elegibilidad como el monto del incentivo en efectivo dependen de la distancia geográfica, el nivel de pobreza, la casta y la etnia. El programa beneficia a todas las mujeres en los estados que tienen niveles bajos de parto institucional y ofrece cobertura a las mujeres más vulnerablesⁱⁱⁱ en los estados con niveles de parto institucional más alto. Asimismo, la cantidad de dinero que reciben las áreas rurales es mayor que la que recibe las áreas urbanas. Los promotores de salud comunitarios reciben beneficios en las áreas más vulnerables del país si identifican mujeres embarazadas, las convencen de dar a luz en el hospital, les brindan atención posnatal y hacen los arreglos necesarios para que el recién nacido reciba inmunización hasta las 10 semanas de vida. Si bien el esquema está diseñado para promover y aumentar la demanda de parto institucional, también está diseñado para incrementar la oferta de servicios, ya que asegura un número adecuado de servicios de atención al parto de 24 horas y subsidia el costo de especialistas del sector privado para la atención de emergencias cuando no existe este servicio en el establecimiento de salud.

Fuente: http://mohfw.nic.in/janani_suraksha_yojana.htm

iii Se clasifica a las mujeres como más vulnerables cuando están bajo la línea de pobreza (BLP) o si pertenecen a una casta o tribu registrada, y son candidatas solamente si tienen 19 años o más y si están dando a luz a su primer o segundo hijo.

Contratar a organizaciones privadas para que entreguen servicios de salud materna puede aumentar su uso entre las mujeres pobres, pero debe vigilarse la calidad de los servicios brindados.

Un estudio del 2001 en Cambodia encontró que, en los distritos en los cuales las organizaciones no gubernamentales (ONG) recibían fondos públicos para la entrega y la gerencia de servicios de salud materna, después de dos años, había un aumento mucho mayor en la atención prenatal, la cobertura de inmunización de tétanos y los partos institucionales que en los distritos control en donde los servicios estaban en manos del gobierno⁽⁴⁸⁾. Resultó particularmente interesante que en los distritos con contratos privados el uso de los servicios por parte de las mujeres aumentó en los hogares de nivel socioeconómico bajo, mientras que el pago de servicios de salud por parte de los usuarios disminuyó. Una razón para explicar esta diferencia es que las ONGs, probablemente por ser más eficientes, no cobraban cuotas de usuarios, mientras que en los distritos control, las usuarias pagaban cuotas además de hacer otros pagos extraoficiales.

Mejorar y ampliar la oferta de servicios a la vez que se financia la atención a las poblaciones pobres.

Las alianzas con proveedores privados pueden reducir la escasez de insumos y, si van acompañadas por subsidios dirigidos de costos, pueden beneficiar a las poblaciones pobres.

Un ejemplo interesante de un programa que combina estrategias desde la oferta y desde la demanda es el esquema *Chiranjeevi Yojana (Una vida larga a las madres)*, implementado y evaluado como un programa piloto en Gujarat, India en el 2005, y ampliado al resto del estado en el 2007⁽⁴⁹⁾. El objetivo del programa fue mejorar las tasas de parto institucional actuando simultáneamente para: i) aumentar la oferta de servicios accesibles para las mujeres pobres mediante el pago de una cuota fija por parto a proveedores privados, y ii) reducir los costos para las familias mediante la financiación



de algunos desembolsos. El esquema no es totalmente gratuito ya que los participantes tienen que pagar algunos costos de medicinas y de transporte, y no todas las familias elegibles participaron. Aun así, el programa fue muy exitoso al beneficiar a los pobres en un contexto en que la aceptabilidad de los servicios privados de salud era ya alta. El costo total promedio de un parto para las participantes en el programa era apenas el 22% del costo para las mujeres que no participaron.

Fortalecer los sistemas de salud y movilizar y educar a las comunidades puede incrementar el número de partos institucionales, particularmente entre las mujeres pobres.

La Iniciativa por una maternidad sin riesgos (SCI por sus siglas en inglés) implementada por el Ministerio de Salud y Family Care International en Burkina Faso entre 2003 y 2006 abordó las barreras desde la oferta y desde la demanda simultáneamente⁽⁵⁰⁾. Específicamente, el programa fortaleció los servicios a través de la capacitación de los proveedores, la compra de equipamiento médico y de insumos, y la mejora de la supervisión de los

mismos. A nivel comunitario, el programa fomentó la demanda a través de la movilización comunitaria, la educación, la abogacía y el mercadeo social. Una evaluación del programa encontró que la proporción de partos institucionales aumentó mucho más sustancialmente en los distritos donde se implementó la SCI, y también que este aumento fue mayor entre las mujeres muy pobres. Si bien el estudio no pudo identificar cuáles fueron los aspectos del programa que tuvieron el mayor impacto, la combinación de trabajo comunitario con el fortalecimiento institucional tuvo un efecto sinérgico potencial para aumentar el número de partos institucionales. Los autores destacan que éste es uno de los pocos ejemplos en que una intervención en salud materna fue capaz de aumentar la utilización general de los servicios de salud materna, y a la vez disminuir las disparidades entre ricos y pobres en el uso de los servicios.

La discusión hasta ahora se centró en las estrategias específicas para disminuir la carga de costos para los usuarios y para ampliar los servicios. Si estas estrategias abordan las inequidades de género, lo hacen de una manera muy



limitada. Como la inequidad de género impone barreras importantes más allá de la pobreza, es necesario tener una mayor comprensión sobre cómo la reducción de las inequidades de género y el empoderamiento de las mujeres pueden afectar la utilización de los servicios por parte de éstas. Esta información será fundamental para diseñar mejores estrategias integrales que sean aun más efectivas.

Reducir las inequidades de género y empoderar a las mujeres para una mejor salud materna.

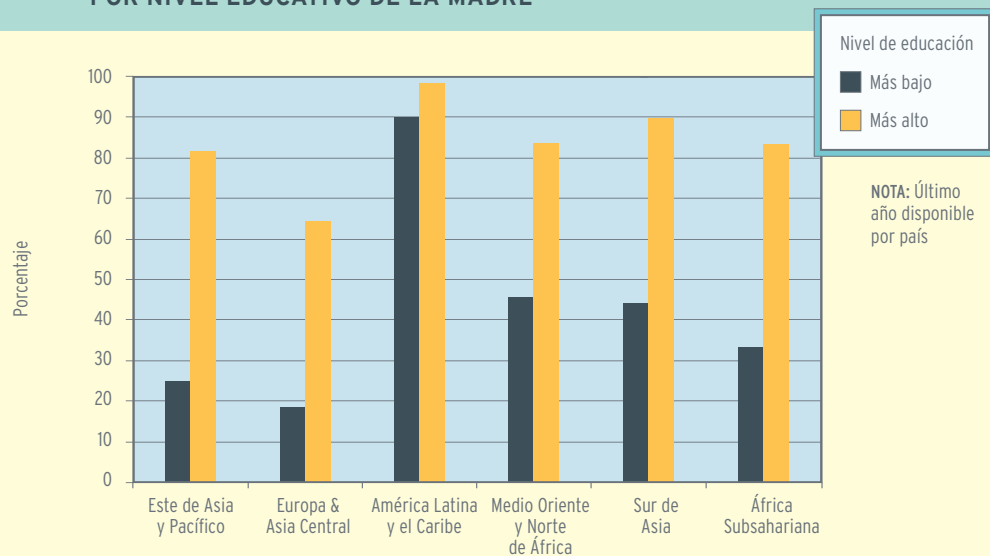
La educación de las mujeres es especialmente efectiva para mejorar la utilización de los servicios de salud materna, y la literatura sobre este tema es extensa. La evidencia sobre los vínculos entre la utilización de servicios y otros factores de empoderamiento tales como empleo, autonomía, y toma de decisiones no es tan extensa ni tan clara, pero, dado que son factores tan importantes, vale la pena investigarlos mejor y más sistemáticamente.

Mientras tanto, los programas que fomentan la participación activa de las mujeres en el abordaje de los retos de la atención en salud proporcionan nuevas ideas sobre como mejorar la atención en salud materna

La educación y el empleo de las mujeres aumentan la utilización de los servicios de salud materna.

Muchos estudios muestran que la educación de las mujeres aumenta la utilización de los servicios de salud materna independientemente de una cantidad de otros factores^(10;29;51;55). Las mujeres con educación tienen más probabilidades que las mujeres sin educación de utilizar los servicios prenatales, de atención al parto y de atención posparto⁽¹⁰⁾. Como muestra la Figura 5, en 49 de 62 países con datos, la diferencia en los partos atendidos por personal calificado entre mujeres con el mayor y el menor nivel de educación fue de 30 puntos porcentuales o más. Las mejoras en la educación secundaria para las jóvenes pueden ser más efectivas que la educación primaria, y son particularmente importantes en los países donde las chicas enfrentan gran discriminación y donde se prefiere a los hijos varones⁽¹⁸⁾. Cuando las mujeres

FIGURA 5: PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CALIFICADO POR NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE⁵⁶



tienen empleo, ganan dinero y tienen control sobre sus ingresos pudiendo acumular bienes, tienen más capacidad para pagar ellas mismas por los servicios de salud; son menos dependientes de sus esposos y otros miembros del hogar y más capaces de tomar decisiones propias en relación a la salud. De hecho, la evidencia sugiere que el empleo de las mujeres tiene un efecto positivo sobre la salud materna y está asociado con una reducción de la mortalidad y morbilidad maternas⁽¹⁰⁾. Por el contrario, las mujeres desempleadas fueron cuatro veces más proclives a morir por causas relacionadas con el embarazo y el parto que las mujeres que tenían empleo⁽¹⁰⁾. Simkhada et al⁽⁵³⁾ encontraron que el trabajo remunerado de las mujeres era un factor estadísticamente significativo en la utilización de servicios prenatales en 7 de 28 estudios analizados. Estudios realizados en Nigeria y las Filipinas revelan que las empleadas públicas y las trabajadoras de sectores laborales no relacionados exclusivamente con el trabajo manual hacían más uso de los servicios prenatales que las amas de casa y las mujeres desempleadas. Sin embargo, se ha investigado menos sobre los vínculos entre el empleo y la salud materna que sobre los vínculos con la educación, y es necesario llenar este vacío de conocimiento.

La evidencia sobre los vínculos entre la salud materna y otras dimensiones del empoderamiento es limitada, y se necesita mucha más investigación

Algunos estudios citan la importancia de factores tales como la movilidad, la autonomía y el control sobre la toma de decisiones en la utilización de los servicios de salud. Se han publicado siete estudios desde el 2000 sobre este tema en países asiáticos: 3 en India, dos en Nepal, uno en Indonesia y uno en Pakistán^(20;54;57;61). Las dimensiones de la autonomía examinadas variaron mucho entre los estudios, e incluyeron la propiedad de bienes, la autonomía financiera, el poder de toma de decisiones en el hogar, y la libertad de movimiento. Las conclusiones también difirieron: en cuatro estudios la autonomía de las mujeres estuvo asociada significativamente con el uso de atención prenatal; en 3 estudios no hubo tal asociación. Los cuatro estudios que analizaron el efecto de la autonomía sobre la atención institucional de parto o la atención por personal calificado encontraron una asociación positiva. Desagregando más los datos Mistry et al⁽⁵⁴⁾ encontraron que la autonomía financiera de las mujeres tuvo una asociación positiva con el parto institucional y atendido por personal calificado, mientras que la toma de



decisiones no era un factor significativo. En general, la investigación sistemática sobre esta dimensión del empoderamiento es aun menor que aquella sobre los vínculos entre el empleo y la salud materna.

Se necesita urgentemente más y mejor investigación sobre cómo los bienes, el empleo, la autonomía y la toma de decisiones de las mujeres afectan tanto el uso de servicios como el nivel de salud materna. Es necesario alcanzar una mayor consistencia sobre cómo se definen la autonomía, la movilidad y la toma de decisiones, y cómo se construyen estas variables. También se necesita evidencia que muestre si y cómo las relaciones de poder dentro del hogar afectan la utilización de servicios de salud materna por parte de las mujeres. Afortunadamente ahora existen datos para esto gracias al módulo sobre características de los hogares de las Encuestas Demográficas de Salud (ENDESAs), donde se pregunta a las mujeres sobre su utilización de servicios de salud materna, educación, empleo/ocupación, propiedad de tierras y casa, y sobre quién toma las decisiones en el hogar, ya sea financieras o de otro tipo. Deben utilizarse estos datos.

Involucrar a las mujeres en procesos participativos y promover la articulación de redes sociales a través de los grupos de mujeres puede fomentar una mayor utilización de los servicios de salud materna.

Una intervención participativa, de bajo costo y culturalmente aceptable en una zona rural de Nepal involucró a las mujeres en la búsqueda de soluciones para sus problemas de salud, promoviendo la adopción de comportamientos positivos en relación a la salud⁽⁶²⁾. El programa seleccionó y capacitó a un grupo de mujeres para que organizaran y facilitaran encuentros participativos con grupos de mujeres pobres. En ellos se discutieron problemas de salud neonatal y de salud materna, identificando estrategias y movilizándolo a las personas para la acción. Entre las estrategias, por ejemplo, se recolectaron fondos para la atención materna e infantil, y para la distribución de equipos de parto seguro. Las actividades de fortalecimiento de los servicios, tales como la capacitación de trabajadores de la salud y la dotación de insumos se implementaron tanto en las áreas de intervención como en las áreas control. De esta manera el estudio pudo aislar los efectos de las intervenciones

participativas. Además de una disminución en la mortalidad neonatal, las áreas de intervención demostraron un aumento mayor en la atención prenatal y en los partos institucionales o atendidos por personal calificado que las áreas control. La literatura reciente enfatiza la importancia de las relaciones que se dan entre los grupos de mujeres para propiciar cambios que generan empoderamiento, incluyendo el crecimiento de la autoconfianza, las capacidades y la acción colectiva^(63;64).

Fortalecer los sistemas de salud materna: conclusiones y recomendaciones.

Si bien es fundamental que las políticas y programas mejoren y amplíen los servicios a la vez que reducen la carga de los costos para las mujeres de ingresos bajos, estas acciones por sí solas pueden no ser suficientes para garantizar el acceso de las mujeres más pobres y menos empoderadas a los servicios de salud materna.

La pobreza y las inequidades de género ponen barreras significativas al acceso y la utilización de los servicios de salud materna lo cual tiene consecuencias desastrosas para la mujeres, y, a la postre, para sus familias y sus comunidades. Sin embargo, las tasas bajas de acceso y utilización de los servicios de salud materna, sobre todo poblaciones pobres y remotas, pueden ser abordadas mediante estrategias que mejoren la cobertura y la calidad de los servicios, y que aumenten la demanda activa de servicios por parte de las mujeres. Este trabajo recomienda un enfoque holístico que apunte a ambas caras de los servicios, y que coloque las necesidades de las mujeres y sus realidades en el centro de las políticas y programas para aumentar el acceso y la utilización de los servicios.

Como queda demostrado en esta revisión bibliográfica, existen varios mecanismos basados en los servicios y en la comunidad que van más allá de la

eliminación de las cuotas de usuarios que son prometedores para aumentar la utilización de servicios de salud materna y que en muchos casos han sido exitosos en alcanzar a las poblaciones más pobres. Estas intervenciones deben ser fortalecidas y ampliadas. Pero aun si los servicios de salud materna llegan y son asequibles para las poblaciones pobres y remotas, es necesario implementar estrategias para reducir las inequidades de género mediante la educación y el empleo, y para empoderar a las mujeres a través del soporte social, la articulación de redes y la educación-acción participativa.

La inequidad es un concepto multidimensional. El bajo estatus social de las mujeres y su falta de empoderamiento representan una dimensión crítica de la inequidad en el acceso y uso de los servicios de salud materna que no se tiene en cuenta a la hora de diseñar programas y por lo tanto de evaluar programas. Deberían emprenderse evaluaciones más rigurosas utilizando métodos cuantitativos y cualitativos para identificar y sopesar los distintos determinantes de la inequidad y su impacto en distintas poblaciones. Es importante detectar las diferencias de utilización de servicios entre las mujeres más pobres y entre las menos empoderadas, para comprender si y cómo los programas de salud materna abordan la pobreza y la inequidad de género, y cómo mejorar su diseño de forma que sean más efectivos para lograr el impacto deseado.



Referencias

1. Banco Mundial. Global Monitoring Report: A Development Emergency. Washington, DC. 2009.
2. Kvale G, Olsen BE, Hinderaker SG et al. Maternal deaths in developing countries: A preventable tragedy. *Norsk Epidemiology* 2005; 15:141-149.
3. Organización Mundial de la Salud. World Health Statistics 2009. Ginebra. 2009.
4. Ronsmans C, Graham WJ. Maternal Mortality: Who, When, Where, and Why. *Lancet* 2006; 368:1189-1200.
5. Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet* 2010.
6. Hill K, Thomas K, AbouZahr C et al. Levels and Trends in Global and Regional Maternal Mortality 1990 to 2005. *Lancet* 2007; 370:1311-1319.
7. OMS. Reduction of Maternal Mortality: A Joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank Statement. Ginebra. 1999.
8. International Health Partnerships. Leaders commit new finance to tackle women's and children's health in the developing world. 2010.
9. O'Donnell O. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. *Cad Saude Publica* 2007; 23:2820-2834.
10. Gill K, Pande RP, Malhotra A. Women Deliver for Development. *Lancet* 2007; 370:1347-1357.
11. Graham WJ, Fitzmaurice AE, Bell JS et al. The Familial Technique for Linking Maternal Death with Poverty. *Lancet* 2004; 363:23-27.
12. Banco Mundial. World Development Indicators. *World Bank* [serial online]. 2004.
13. Ensor T, Cooper S. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Health Policy Plann* 2004; 19:69-79.
14. McNamee P, Ternent L, Hussein J. Barriers in accessing maternal health care: evidence from low- and middle-income countries. *Expert Rev Pharmacoeconomics Outcomes Res* 2009; 9:41-48.
15. Ensor T, Ronoh J. Effective financing of maternal health services: A review of the literature. *Health Policy* 2005; 75:49-58.
16. Quayyum Z, Nadjib M, Ensor T et al. Expenditure on obstetric care and the protective effect of insurance on the poor: lessons from two Indonesian districts. *Health Policy and Planning* 2009; 1-11.
17. Nahar S, Costello A. The hidden cost of 'free' maternity care in Dhaka, Bangladesh. *Health Policy and Planning* 1998; 13:417-422.
18. Grown C, Gupta GR, Pande RP. Taking Action to Improve Women's Health Through Gender Equality and Women's Empowerment. *Lancet* 2005; 365:541-543.
19. Freedman L. Strategic Advocacy and Maternal Mortality: Moving Targets and the Millennium Development Goals. *Gender and Development* 2003; 11:97-107.
20. Iyer A, Sen G, Ostlin P. The intersections of gender and class in health status and health care. *Global Public Health* 2008; 3:13-24.
21. Freedman LP, Graham WJ, Brazier E et al. Practical lessons from global safe motherhood initiatives: time for a new focus on implementation. *Lancet* 2007; 370:1383-1391.

22. Grown C, Gupta GR, Kes A. Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women. Nueva York. 2005. 1, 1-257.
23. Singh S, Samara R. Early Marriage Among Women in Developing Countries. *International Family Planning Perspectives* 1998; 22:148-157.
24. Shen C, Williamson JB. Maternal mortality, women's status, and economic dependency in less developed countries: a cross-national analysis. *Social Science & Medicine* 1999; 49:197-214.
25. Ahmed SM, Adams AM, Chowdhury M et al. Gender, socioeconomic development and health-seeking behavior in Bangladesh. *Social Science and Medicine* 2000; 51:361-371.
26. WHO. Reduction of Maternal Mortality: A Joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank Statement. Ginebra. 1999.
27. Rottach E, Schuler SR, Hardee K. Gender Perspectives Improve Reproductive Health Outcomes: New Evidence. Washington, DC. 2009.
28. Schuler SR, Bates LM, Islam MDK. Paying for reproductive health services in Bangladesh: intersections between cost, quality and culture. *Health Policy and Planning* 2002; 17:273-280.
29. Beegle K, Frankenberg E, Thomas D. Bargaining Power Within Couples and Use of Prenatal and Delivery Care in Indonesia. *Studies in Family Planning* 2001; 32:130-146.
30. Yates R. Universal health care and the removal of user fees. *Lancet* 2009; 2078-2081.
31. Oxfam International. Your Money or Your Life: Will leaders act now to save lives and make health care free in poor countries? 2009.
32. Deininger K, Mpuga P. Economic and Welfare Effects of the Abolition of Health User Fees: Evidence from Uganda. Washington, DC. 2004.
33. Witter S, Adjei S, Armar-Klimesu M et al. Providing free maternal health care: ten lessons from an evaluation of the national delivery exemption policy in Ghana. *Global Health Action* 2009.
34. Gilson L, MacIntyre D. Removing user fees for primary care in Africa: the need for careful action. *Br Med J* 2005; 331:762-765.
35. Lee AC, Lawn JE, Cousens S et al. Linking families and facilities for care at birth: What works to avert intrapartum-related deaths? *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2009; 107:565-588.
36. Witter S. Service and population-based exemptions: Are these the way forward for equity and efficiency in health financing in low-income countries? *Innovations in Health System Finance in Developing & Transitional Economies*. 2009; 251-288.
37. Carrin G. Social Health Insurance in Developing Countries: A Continuing Challenge. *International Social Security Review* 2002; 55.
38. Carrin G, Waelkens M-P, Criel B. Community-based health insurance in developing countries: a study of its contributions to the performance of health financing systems. *Tropical Medicine & International Health* 2005; 20:799-811.
39. *Banco Mundial*. Social Health Insurance for Developing Nations. Washington, DC. 2010.
40. Lee AC, Lawn JE, Cousens S et al. Linking families and facilities for care at birth: What works to avert intrapartum-related deaths? *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2009; 107:565-588.
41. Oxfam International. Your Money or Your Life: Will leaders act now to save lives and make health care free in poor countries? 2009.
42. Ir P, Horemans D, Souk N et al. Using targeted vouchers and health equity funds to improve access to skilled birth attendants for poor women: a case study in three rural health districts in Cambodia. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2010; 10.
43. Adato M, de la Brière B, Mindek D et al. The impact of PROGRESA on women's status and intrahousehold relations. Final Report, International Food Policy Research Institute, Washington, DC. 2000.
44. Barbar SL, Gertler P. Empowering women to obtain high quality care: Evidence from an evaluation of Mexico's conditional cash transfer programme. *Health Policy and Planning* 2009; 24:18-25.
45. Hatt L, Stanton C, Makowiecka K et al. Did the strategy of skilled attendance at birth reach the poor in Indonesia? *Bulletin of the World Health Organization* 2007; 85:774-782.
46. Ensor T, Nadjib M, Quayyum Z et al. Public funding for community-based skilled delivery care in Indonesia: to what extent are the poor benefiting? *European Journal of Health Economics* 2008; 9:385-392.
47. Basinga P, Gertler PJ, Binagwaho A et al. Paying Primary Health Care Centers for Performance in Rwanda. Washington, DC. 2010.
48. Bhushan I, Keller S, Schwartz B. Achieving the twin objectives of efficiency and equity: Contracting health services in Cambodia. Manila. 2002.
49. Bhat R, Mavalankar DV, Singh PV et al. Maternal Health Care Financing: Gujarat's Chiranjeevi Scheme and Its Beneficiaries. *Journal of Health, Population and Nutrition* 2009; 27:249-258.
50. Brazier E, Andrzejewski C, Perkins ME et al. Improving poor women's access to maternity care: Findings from a primary care intervention in Burkina Faso. *Social Science & Medicine* 2009.
51. Fotso J-C, Ezeh AC, Essendi H. Maternal health in resource-poor urban settings: how does women's autonomy influence the utilization of obstetric care services? *Reproductive Health Matters* 2009; 16:6-9.
52. Furuta M, Salway S. Women's Position Within the Household as a Determinant of Maternal Health Care Use in Nepal. *International Family Planning Perspectives* 2006; 32:17-27.
53. Simkhada B, van Teijlingen E, Porter M et al. Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 2007; 61:244-260.
54. Mistry R, Galal O, Lu M. Women's autonomy and pregnancy care in rural India: A contextual analysis. *Social Science & Medicine* 2009; 69:926-933.
55. Sharma SK, Sawangdee Y, Sirirassamee B. Access to Health: Women's Status and Utilization of Maternal Health Services in Nepal. *Journal of Biosocial Science* 2007; 39:671-692.
56. Organización Mundial de la Salud. Part I: Health-related Millenium Development Goals. Ginebra. 2009.
57. Allendorf K. Couples' Reports of Women's Autonomy and Health Care Use in Nepal. *Studies in Family Planning* 2007; 38:35-46.
58. Bloom SS, Wypij D, Das Gupta M. Dimensions of Women's Autonomy and the Influence on Maternal Health Care Utilization in a North Indian City. *Demography* 2001; 38: 67-78.
59. Matsumara M, Gubhaju B. Women's Status, Household Structure and the Utilization of Maternal Health Services in Nepal. *Asia-Pacific Population Journal* 2001; 23-44.
60. Mumtaz Z, Salway S. 'I never go anywhere': Extricating the Links Between Women's Mobility and Uptake of Reproductive Health Services in Pakistan. *Social Science & Medicine* 2005; 60:1751-1765.
61. Pallikadavath S, Foss M, Stones RW. Antenatal care: provision and inequality in rural north India. *Social Science & Medicine* 2004; 59:1147-1158.

62. Manandhar DS, Osrin D, Shrestha BP et al. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 364:970-979.
63. Cornwall A, Edwards J. Introduction: Negotiating Empowerment. *IDS Bulletin* 2010; 41:1-9.
64. Mabsout R, Van Steren I. Disentangling Bargaining Power from Individual and Household Levels to Institutions: Evidence on Women's Position in Ethiopia. *World Development* 2010; 38:783-796.

FOTOS

Lynsey Addario
Segunda de forros,
páginas 11, 22, 28, 29

Joey O'Loughlin
páginas 14, 15, 20, 21, 27

David Bloom: Flickr
página 23

DISEÑO GRÁFICO

Designlounge Inc., Nueva York

TRADUCCIÓN DEL INGLÉS

María Faget

CORRECCIÓN

Nerea Lilith Pozo Huertas



Esta publicación se imprimió en papel Utopia U2:YG, sacado de bosques administrados correctamente, con un 30% de fibra recuperada del consumidor, y elaborado con energía eléctrica proveniente de fuentes renovables: eólica, hidrológica y biogás. Además, esta publicación se imprimió usando prácticas sostenibles tales como cero carbón (gracias al apoyo de carbonfund.org), tintas de base vegetal y prácticas de utilización de energía eficientes en toda empresa.