

# UN SUFRIMIENTO OCULTO: Discapacidades causadas por el embarazo y el parto en los países menos desarrollados

por Lori Ashford

Las complicaciones del embarazo y el parto son una de las principales causas de muerte y discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva (15 a 44 años) de los países menos desarrollados. Aproximadamente la mitad de los casi 120 millones de mujeres que dan a luz cada año sufren algún tipo de complicación durante su embarazo, y entre 15 y 20 millones padecen discapacidades tales como: anemia aguda, incontinencia, daño en los órganos reproductivos o el sistema nervioso, dolor crónico e infertilidad<sup>1</sup>.

Estas discapacidades son trágicas desde dos puntos de vista. En primer lugar, se producen durante el proceso de dar a luz y son casi completamente evitables. Las discapacidades provocadas por la maternidad perjudican la salud y la productividad de estas mujeres en el mejor momento de su vida. Además, están estrechamente asociadas a la mortalidad y a condiciones precarias de salud y crecimiento para los niños, y tienen un impacto negativo en el bienestar y los ingresos de las familias. De ahí que reducirlas es importante tanto para lograr el alivio de la pobreza como para reducir el sufrimiento innecesario que causan. Las intervenciones para prevenir y tratar las complicaciones del embarazo y el parto están bien documentadas, pero es necesario lograr un mayor compromiso y más inversiones para aumentar su disponibilidad y eficacia.

## Un problema oculto

Cada año, más de 500.000 mujeres –en su mayoría de países menos desarrollados– mueren por causas relacionadas con el embarazo y el parto. Aún así, las muertes son sólo la punta del témpano: por cada caso de muerte, existen por lo menos otras 30 mujeres que sufren afecciones graves o lesiones debilitantes<sup>2</sup>. Aun en aquellos casos en que logran sobreponerse a ellas y sobrevivir, estas lesiones pueden tener consecuencias tanto desde el punto de vista físico como desde el punto de vista social.

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

En los países menos desarrollados, entre 15 y 20 millones de mujeres por año presentan discapacidades debidas a complicaciones del embarazo y el parto.

Las discapacidades provocadas por la maternidad han recibido relativamente poca atención, porque en general se las oculta del conocimiento público. En los países pobres, muchas mujeres no reciben atención médica antes, durante o después de dar a luz, por lo cual se dispone de muy pocos registros para analizar. Varios estudios han documentado la incidencia de las complicaciones relacionadas con el embarazo, pero sólo algunos estudios realizados en gran escala han incluido una verificación médica de las condiciones postparto. Gran parte de los datos disponibles proviene de los síntomas que las mismas mujeres han reportado por medio de encuestas. Los expertos consideran que estas fuentes son poco específicas y no válidas desde el punto de vista clínico. Sin embargo, los estudios de casos realizados en varios países revelan la existencia de un enorme problema que no ha sido resuelto aún, y que –como consecuencia de los valores culturales impuestos que alientan a la mujer a otorgar menos importancia a su salud que a otras cuestiones familiares– se encuentra, además, envuelto en una “cultura del silencio y la resignación”<sup>3</sup>.

Tabla 1

**Complicaciones del embarazo y el parto: estimaciones para los países menos desarrollados**

Complicación	Incidencia como porcentaje de nacimientos vivos	Posibles discapacidades maternas resultantes
Sangrado profuso (hemorragia)	11	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Anemia grave</li> <li>■ Insuficiencia pituitaria y otros desequilibrios hormonales</li> <li>■ Infertilidad</li> </ul>
Infección durante o después del parto (septicemia)	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Enfermedad inflamatoria pélvica</li> <li>■ Dolor pélvico crónico</li> <li>■ Lesiones en los órganos reproductivos</li> <li>■ Infertilidad</li> </ul>
Parto prolongado u obstruido	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Incontinencia</li> <li>■ Fístula*</li> <li>■ Prolapso genital*</li> <li>■ Ruptura uterina, desgarros vaginales</li> <li>■ Lesiones nerviosas</li> </ul>
Hipertensión provocada por el embarazo (preeclampsia y eclampsia)	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Hipertensión crónica</li> <li>■ Insuficiencia renal</li> <li>■ Trastornos del sistema nervioso</li> </ul>
Aborto riesgoso	16	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Infección del canal reproductivo</li> <li>■ Lesiones del útero</li> <li>■ Infertilidad</li> <li>■ Enfermedad inflamatoria pélvica</li> <li>■ Dolor pélvico crónico</li> </ul>

\* Definido en las páginas 3 y 4 del texto.

FUENTE: C. Murray y A. Lopez, eds., *Health dimensions of sex and reproduction* (1998): capítulos 5 a 8.

**Causas de las discapacidades provocadas por la maternidad**

Podemos decir que las discapacidades (o la morbilidad) provocadas por la maternidad son todas aquellas afecciones o lesiones provocadas o agravadas por el embarazo o el parto. Estas afecciones o lesiones pueden ser agudas y afectar a la mujer durante o inmediatamente después de dar a luz, o pueden ser crónicas y durar meses, años o el resto de la vida.

La gran mayoría de estas discapacidades surge de complicaciones causadas directamente por el embarazo o el parto. Estas “causas directas” incluyen hemorragias intensas, infecciones, un parto

prolongado u obstruido, la hipertensión causada por el embarazo (alta presión sanguínea) y los abortos riesgosos (consultar tabla 1).

Las discapacidades pueden provenir también de enfermedades agravadas por el embarazo, como por ejemplo anemia, malaria, cardiopatías, hepatitis, tuberculosis, infecciones de transmisión sexual (ITS, entre ellas el VIH y el SIDA) y diabetes. La interacción entre esas enfermedades y las complicaciones puede también contribuir a generar una discapacidad, lo cual hace que este problema sea particularmente difícil de cuantificar. Pero independientemente de su origen, las complicaciones del embarazo pueden llegar a representar un serio riesgo para la salud del feto o el recién nacido y para los embarazos posteriores de la madre.

Las discapacidades provocadas por la maternidad están estrechamente asociadas a la falta o la deficiencia de la atención médica durante el parto e inmediatamente después del nacimiento. Se estima que sólo la mitad de los nacimientos que tienen lugar en países menos desarrollados cuentan con la atención de un médico, una partera o un(a) enfermero(a). Muchas de las mujeres que padecen complicaciones no reciben atención médica adecuada en el momento preciso para evitar enfermedades o lesiones graves. Es probable que algunas mujeres y sus familias no reconozcan las posibles señales de advertencia de las complicaciones o sientan temor de un tratamiento deficiente o de los costos excesivos en las clínicas o centros sanitarios. Los partos realizados en centros especializados pueden ser también riesgosos, porque la calidad de la atención obstétrica no es la más adecuada. En algunos casos, la demora entre el ingreso al centro sanitario y el comienzo de la atención puede provocar la muerte de la madre o del niño.

Los abortos riesgosos –provocados por la misma persona o realizados por personas no calificadas– son también una causa importante de muerte o discapacidad materna. En este sentido, es importante notar que los abortos realizados en centros médicos por profesionales capacitados rara vez presentan complicaciones. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que se realizan 18 millones de abortos riesgosos por año en los países menos desarrollados, uno por cada diez embarazos o cada siete nacimientos vivos<sup>4</sup>.

### **Principales discapacidades provocadas por la maternidad**

Las discapacidades provocadas por la maternidad pueden perjudicar gravemente la calidad de vida, la fertilidad y la productividad de la mujer mucho después del embarazo y el parto. Las siguientes secciones describen algunas de las discapacidades más importantes que pueden presentarse como consecuencia de complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto.

#### **Consecuencias de las hemorragias intensas**

Casi el 11% de las mujeres que dan a luz, (es decir, 13 millones de mujeres por año), sufren hemorragias después del parto. Se llama hemorragia a toda pérdida de más de 500 mililitros de sangre después del nacimiento (es difícil detectar la cantidad exacta sin asistencia capacitada). Si estas hemorragias no se tratan de manera rápida y eficaz, pueden causar la muerte en unas pocas horas, de ahí que las hemorragias postparto sean la primera causa de muerte materna. Las mujeres que sobreviven a estas hemorragias pueden presentar anemia aguda o, en casos raros pero graves, desequilibrios hormonales permanentes provocados por la insuficiencia de las glándulas pituitaria o suprarrenales. La insuficiencia pituitaria puede conducir a la imposibilidad de amamantar, la pérdida de la menstruación, la debilidad crónica, el envejecimiento prematuro, o estados de confusión o apatía<sup>5</sup>.

La anemia, definida como la baja concentración de hierro en la sangre, merece especial atención debido a su frecuencia, ya que afecta a casi la mitad de todas las mujeres embarazadas del mundo. La anemia es una causa indirecta de muerte y a la vez consecuencia de algunas complicaciones del embarazo, entre ellas la hemorragia aguda. La principal causa de la anemia es la insuficiencia de hierro en la alimentación, pero también hay otros agentes y situaciones que causan anemia, entre ellas la malaria, los parásitos intestinales, la deficiencia de ácido fólico y el VIH/SIDA<sup>6</sup>. Debido a que el embarazo y las hemorragias intensas producidas después del parto pueden agravar una anemia ya existente, las mujeres anémicas enfrentan un riesgo más alto de muerte y discapacidad con cada embarazo subsiguiente.

Las mujeres que padecen de anemia moderada a grave sufren de fatiga y falta de energía, síntomas que a su vez reducen drásticamente su productividad y calidad de vida. Según un estudio realizado recientemente con datos de la OMS, se calcula que durante el 2000, la anemia relacionada con la maternidad en los países menos desarrollados puede generar una pérdida futura en la productividad de las mujeres que supera la cifra de 5000 millones de dólares<sup>7</sup>.

#### **Consecuencias de las infecciones**

Aproximadamente el 10% de las mujeres que dan a luz padecen una infección, o septicemia, causada por una infección que no ha recibido tratamiento durante el parto o inmediatamente después de él. La septicemia puede ser causada por un trabajo de parto prolongado, por la falta de atención adecuada o por prácticas antihigiénicas durante el parto o aborto provocado.

Las mujeres que sobreviven la infección inicial pueden padecer una enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) que propaga la infección a los ovarios y a las trompas de Falopio. Si esta lesión no se trata, puede provocar un dolor crónico en la zona pélvica que afectará permanentemente la vida de la mujer. La EIP también puede causar un daño permanente en los órganos reproductivos y pone además a las mujeres en riesgo de un futuro embarazo ectópico –una condición potencialmente mortal en la que el óvulo fecundado se presenta en la trompa uterina– o de infertilidad.

Además del dolor físico provocado por estas afecciones, las mujeres que quedan estériles también pueden padecer angustia y, en algunos casos, el abandono o el abuso de sus maridos.

#### **Consecuencias de los partos prolongados u obstruidos**

Esta afección, observada en aproximadamente el 6% de los nacimientos vivos, se produce cuando el feto no puede pasar a través de la pelvis materna. La población de mayor riesgo son las madres muy jóvenes que no han alcanzado aún su tamaño adulto<sup>8</sup>. Si la opción de una cesárea no está disponible, la mujer sufre la agonía de un parto obstruido durante días, incluso una semana. Como consecuencia, puede experimentar una incontinencia crónica o, en casos más graves, una ruptura de útero o la formación de fístulas (consultar el cuadro 1), con la posible pérdida del bebé<sup>9</sup>.

Algunas mujeres sufren prolapso genital después de dar a luz a varios hijos. El prolapso se produce cuando la vagina o el útero (o ambos) descienden por debajo de sus posiciones normales debido al estiramiento repetido y el desgarramiento producido en los músculos que sostienen esos órganos. La condición es extremadamente incómoda, especialmente para las mujeres que trabajan en cuclillas. El prolapso genital también puede producir dolor de espalda crónico, problemas urinarios, coito doloroso y complicaciones en embarazos subsiguientes<sup>10</sup>. Las mujeres que padecen este problema raramente lo comentan porque lo consideran una consecuencia normal de la maternidad.

El parto obstruido o con trabajo prolongado también puede provocar graves infecciones postparto y un riesgo más alto de enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad y lesiones neurológicas (daños al sistema nervio-

so), además de una afección llamada «pie péndulo» que crea dificultades al caminar.

### **Hipertensión provocada por el embarazo**

Aproximadamente el 6% de las mujeres que dan a luz padecen hipertensión provocada por el embarazo, incluida una peligrosa afección llamada preeclampsia (antes conocida como toxemia), que se caracteriza por la alta presión sanguínea, la hinchazón y la presencia de proteína en la orina. Si la preeclampsia pasa inadvertida y sin tratar, puede provocar ataques o convulsiones, en cuyo caso se la define como eclampsia. El control de la eclampsia requiere la atención de un profesional de servicios sanitarios debidamente capacitado, capaz de aplicar a tiempo las medidas adecuadas (como por ejemplo fármacos anticonvulsivos) y de acelerar el nacimiento del bebé. La hipertensión provocada por el embarazo es una causa importante de mortalidad materna y puede también conducir a problemas de salud a largo plazo, entre ellos hipertensión crónica, insuficiencia renal o trastornos del sistema nervioso<sup>11</sup>.

### **Impacto sobre la salud del bebé y del niño**

Las mismas complicaciones relacionadas con el embarazo que representan una amenaza para la supervivencia de la madre pueden provocar discapacidades y la muerte del recién nacido. La gran mayoría de los 8 millones de muertes perinatales (abortos espontáneos producidos en forma tardía, mortinatalidad y muertes durante la primera semana de vida) que se producen cada año en los países menos desarrollados están relacionados con problemas de salud materna o atención inadecuada durante el trabajo de parto y el parto en sí mismo<sup>12</sup>. Por ejemplo, se estima que un trabajo de parto prolongado u obstruido causa la asfixia de un 3% de los recién nacidos, lo cual resulta en la muerte de casi el 25% y otro 25% sufre daño cerebral. Además, las mujeres que padecen deficiencias nutritivas o infecciones durante el embarazo son más proclives a dar a luz bebés de bajo peso (menos de 2500 gramos). Los bebés de bajo peso son 20 a 30 veces más proclives a morir durante la primera semana de vida que los nacidos con peso normal, y aquellos que sobreviven tienen más tendencia a padecer discapacidades

#### *Cuadro 1*

### **Fístula obstétrica: una lesión devastadora**

La fístula obstétrica, una abertura anormal entre la vagina y la vejiga o el recto (o ambos), es consecuencia de una presión extrema y consecuente desgarro de los tejidos provocados por un parto prolongado u obstruido, mientras el bebé intenta pasar a través del canal uterino. Si no se realiza una cesárea a tiempo, el bebé nace, en la mayoría de los casos, muerto y se forma una fístula, que permite el paso incontrolable de orina y heces hacia adentro de la vagina.

**El aislamiento social se añade al dolor.** Las mujeres que padecen una fístula no sólo pierden a sus bebés (en la mayoría de los casos), sino que también pierden constantemente orina y heces que producen un olor desagradable. Es común que se sientan avergonzadas o deshonradas, a menudo sean abandonadas por sus maridos y poco a poco pierdan a sus familias, sus amigos y sus actividades de rutina, para caer en una vida miserable.

**Esto afecta en forma desproporcionada a las mujeres jóvenes y pobres,** especialmente a las muy jóvenes o primerizas; a aquellas cuyo crecimiento se ha atrofiado por una nutrición deficiente o enfermedad infantil; a las que habitan en zonas rurales; y a las que tienen partos en sus casas con cuidados tradicionales. Se estima que casi 2 millones de mujeres, predominantemente en África y el subcontinente de la India, padecen fístulas. Cada año se producen entre 50.000 y 100.000 casos nuevos, en su mayoría en mujeres menores de 20 años.

**El tratamiento es posible, pero a menudo no está al alcance de las pacientes.** La fístula puede repararse quirúrgicamente, pero sólo si se dispone de cirujanos capacitados y buena atención posoperatoria. En África hay sólo dos centros especializados en el tratamiento de fístulas: uno en Addis Ababa (Etiopía) y otro en Jos (Nigeria del norte). La operación cuesta aproximadamente 150 dólares, una cifra que está más allá de las posibilidades de la mayoría las mujeres afectadas.

**FUENTE:** Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Preventing fistulae and other disability* ([www.unfpa.org/mothers/disability.htm](http://www.unfpa.org/mothers/disability.htm), consultada el 28 de enero del 2002).

como parálisis cerebral, convulsiones y problemas graves de aprendizaje<sup>13</sup>.

### **Consecuencias para las familias y la sociedad**

La discapacidad de una madre puede tener profundas consecuencias para su familia y para la comunidad en general debido al impacto que ésta puede llegar a tener en sus responsabilidades hogareñas, sus ingresos y sus gastos<sup>14</sup>.

- El costo del tratamiento médico de la madre puede cambiar los patrones de consumo del hogar y reducir los ahorros y las inversiones.
- La menor productividad de la madre puede reducir los ingresos y la productividad de la

familia, y obligar a los niños a ingresar al mercado laboral.

- La higiene, la nutrición y la salud de los niños que tienen una madre enferma es a veces inferior a la que reciben niños con madres sanas que viven en las mismas condiciones.
- Los niños mayores tienden a abandonar la escuela para asumir algunas de las responsabilidades maternas.
- Los familiares pueden sufrir problemas psicológicos, entre los que se incluyen la depresión y la sensación de aislamiento.

### **Intervenciones para mejorar la salud materna**

Todas las mujeres embarazadas, aun las sanas, enfrentan algún riesgo de complicaciones que pueden provocar la muerte o discapacidades serias si no se las trata satisfactoriamente. La misma ayuda que puede salvar las vidas de estas mujeres puede contribuir a evitar el sufrimiento de las mujeres que sobreviven y también el de los recién nacidos.

### **Acceso seguro a la atención obstétrica esencial (AOE)**

La AOE abarca la capacidad de realizar cirugía, administrar anestesia y transfusiones de sangre; controlar problemas como la anemia o la hipertensión, y brindar atención especial a los recién nacidos que estén en riesgo. Este tipo de servicios requiere una plantilla de profesionales calificados, un buen sistema logístico de suministros médicos, un sistema de derivaciones médicas que funcione y una buena supervisión. Siempre que sea posible, las familias y las comunidades deben tener planes específicos para el transporte de mujeres que padecen complicaciones graves hasta los centros sanitarios que brindan atención esencial.

### **Servicios de atención postparto y postaborto**

Los servicios de atención postparto y postaborto permiten detectar y controlar problemas como la hemorragia, la infección y el daño a los órganos reproductivos que surgen inmediatamente después del parto o de un aborto, ya sea espontáneo o provocado. El aumento de los fondos para la capacitación y los equipos debería también aumentar la posibilidad de efectuar la reparación quirúrgica de fístulas obstétricas.

### **Promoción de la planificación familiar**

La disponibilidad de información acerca de planificación familiar y anticonceptivos de bajo costo puede contribuir a evitar los embarazos no deseados y a reducir la exposición de la mujer a riesgos de salud asociados con el embarazo y el parto. La planificación familiar permite a las mujeres demorar la maternidad, espaciar los nacimientos de sus hijos, evitar los abortos riesgosos y detener la procreación una vez que han tenido la cantidad de hijos que desean.

### **Atención prenatal adecuada**

La OMS recomienda que las mujeres realicen por lo menos cuatro consultas médicas durante el periodo prenatal, la primera de ellas a los tres meses de embarazo. Las consultas prenatales adecuadamente programadas permiten el control y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, de la malaria, la anquilostomiasis y la anemia; como también la inmunización contra el tétano y la detección y tratamiento de la hipertensión provocada por el embarazo. También sirven para que los profesionales de la salud informen a las mujeres acerca de hábitos alimenticios y sanitarios, y les suministren complementos nutricionales. Los proveedores de atención prenatal deben también alertar a las mujeres acerca de la importancia de tener un parto seguro con la ayuda de un profesional calificado, así como también acerca de las señales de advertencia de complicaciones y la necesidad de planificar cuidados de emergencia.

### **Mejoras en la nutrición de las niñas y aumento de la edad para el primer parto**

Estas medidas preventivas iniciales pueden ayudar a asegurar el crecimiento adecuado de la pelvis y reducir así la probabilidad de partos obstruidos y de sus consecuencias debilitantes. Una atención adecuada a las deficiencias de micronutrientes y la desnutrición crónica puede también aumentar las defensas de la mujer contra las infecciones, la hipertensión y otras enfermedades durante el embarazo.

### **Beneficios de las intervenciones**

En conjunto, y teniendo en cuenta que la salud materna deficiente reduce notablemente la productividad de la mujer, estas intervenciones pueden brindar beneficios sustanciales. Un estudio

realizado en Uganda demostró que la implementación durante diez años de un “paquete madre-bebé” (incluidos los componentes descritos anteriormente) para las 1.200.000 mujeres ugandesas que dan a luz cada año, podría salvar más de 12000 vidas maternas y 60000 vidas infantiles, e impedir la discapacidad de más de 250.000 mujeres. La ganancia en productividad obtenida ha sido evaluada en 90 millones de dólares<sup>15</sup>.

Por lo tanto, promover la maternidad sin riesgos en los entornos de bajos ingresos es tan importante para sacar a las familias de la pobreza como para aliviar el sufrimiento humano. Si bien las intervenciones para mejorar la salud materna están bien documentadas, la falta de compromiso y de fondos impide que se las implemente de manera eficaz. Teniendo en cuenta la evidencia disponible, los resultados, que pueden lograrse tanto en términos de disminuir el sufrimiento humano como de lograr un aumento en la productividad de las personas, justifican ampliamente la intervención en la prevención de las discapacidades maternas.

## Referencias

- <sup>1</sup> Christopher Murray y Alan Lopez, eds., *Health dimensions of sex and reproduction*, vol. 3, Global Burden of Disease and Injury Series (Boston: Harvard University Press, 1998); y Barton R. Burkhalter, “Consequences of unsafe motherhood in developing countries in 2000: assumptions and estimates from the REDUCE model” (Bethesda, Maryland: University Research Corporation, sin publicar).
- <sup>2</sup> Murray y Lopez, *Health dimensions of sex and reproduction*; Burkhalter, “Consequences of unsafe motherhood in developing countries in 2000”; y A. Prual et al., “Severe maternal morbidity from direct obstetric causes in West Africa: incidence and case fatality rates”, *Boletín de la Organización de la Salud Mundial* 78, n° 5 (Ginebra: OMS, 2000): 593.
- <sup>3</sup> Hind A.S. Khattab, *The silent endurance* (El Cairo: UNICEF and Population Council, 1992); y Judith A. Fortney y Jason B. Smith, *The base of the iceberg: prevalence and perceptions of maternal morbidity in four developing countries* (Research Triangle Park, North Carolina: Family Health International, 1996).
- <sup>4</sup> Murray y Lopez, eds., *Health dimensions of sex and reproduction*: 280.
- <sup>5</sup> Murray y Lopez, eds., *Health dimensions of sex and reproduction*: 170-74.
- <sup>6</sup> Amy Tsui et al., eds., *Reproductive health in developing countries* (Washington, DC: National Academy Press, 1997): 120.
- <sup>7</sup> Burkhalter, “Consequences of unsafe motherhood in developing countries in 2000”: tabla 5.

<sup>8</sup> Marquisa Lavelle Moerman, “Growth of the birth canal in adolescent girls”, *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 143, n° 5 (1982): 528-32; y Justin C. Konje y Oladapo A. Ladipo, “Nutrition and obstructed labor”, *American Journal of Clinical Nutrition* 72, n° 1 (2001): 291S-97S.

<sup>9</sup> Murray y Lopez, eds., *Health dimensions of sex and reproduction*: 252-55.

<sup>10</sup> Tsui et al., eds., *Reproductive health in developing countries*: 121-22.

<sup>11</sup> Murray y Lopez, eds., *Health dimensions of sex and reproduction*: 219-39.

<sup>12</sup> Tsui et al., eds., *Reproductive health in developing countries*: 122-23.

<sup>13</sup> Tsui et al., eds., *Reproductive health in developing countries*: 122-23.

<sup>14</sup> National Research Council, *The consequences of maternal morbidity and maternal mortality: report of a workshop* (Washington, DC: National Academy Press, 2000): 6, 17.

<sup>15</sup> Barton R. Burkhalter, “Assumptions and estimates for the application of the REDUCE safe motherhood model in Uganda” (Bethesda, Maryland: University Research Corporation, estudio sin publicar preparado para el proyecto SARA, 2000).

## Agradecimientos

Este informe fue preparado por Lori Ashford con la colaboración de Elizabeth Ransom y Nancy Yinger del PRB. Nuestro especial agradecimiento a los revisores que brindaron asistencia técnica y opiniones muy útiles: Mary Ellen Stanton, Michal Avni, Carolyn Curtis, Holly Fluty Dempsey, y Lily Kak, oficina de salud mundial de la Agencia estadounidense para el desarrollo internacional (USAID); Frank Anderson, Universidad de Michigan; Barton R. Burkhalter, University Research Corporation; Boca Diallo, Mario Merialdi y José Villar, OMS; Marjorie Koblinsky, Redes ONG; y Harshad Sanghvi, JHPIEGO.

Este trabajo ha sido auspiciado por la USAID como parte del proyecto MEASURE *Communication* (HRN-A-00-98-000001-00).

## Acercas del PRB

El Populations Reference Bureau es el líder de proveer información oportuna y objetiva acerca de tendencias de población nacionales e internacionales, y sus consecuencias.

© Noviembre 2002, Population Reference Bureau



**POPULATION REFERENCE BUREAU**  
**MEASURE Communication**

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520, Washington, DC 20009 EE.UU.

Tel.: 202-483-1100 ■ Fax: 202-328-3937 ■ E-mail: [measure@prb.org](mailto:measure@prb.org) o [popref@prb.org](mailto:popref@prb.org)

Sitio Web: [www.measurecommunication.org](http://www.measurecommunication.org) o [www.prb.org](http://www.prb.org)



Impreso con tinta de soya



**MEASURE**  
*Communication*