

الوفاء بالأهداف أمر إنقاذ الأرواح: سياسة صحة الأمهات والهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية في نيكاراغوا

بقلم: بريجيت كفيرنفلاتين

زميلة باحثة، مركز التنمية والبيئة، جامعة أوصلو، النرويج.

للمراسلة: birgit.kvernflaten@sum.uio.no

ترجمة: شهرت العالم

موجز المقال: دعمًا لصحة الأم، أدت مبادرات السياسات العالمية الخاصة بأمراض بعينها والموجهة نحو الهدف - مثل الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية - إلى تخديد أولويات المؤشرات الضيقة على حساب المناهج الأكثر شمولاً. وتمشيًا مع السياسة العالمية، وضعت نيكاراغوا الرعاية الماهرة والخدمة المؤسسية في موقع المركز من جهودها الرامية إلى تحقيق الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بصحة الأم. استنادًا إلى العمل الميداني الأنتوجرافي في نيكاراغوا - الذي يضم ملاحظات المشاركين والمقابلات التي أجريت مع العاملين بالمستشفى والعاملين في مجال الصحة بالمجتمع المحلي، والنساء وأسرهن - تطرح هذه الورقة البحثية نقاشًا نقديًا حول الاستراتيجيات الموجهة نحو هدف صحة الأمهات، وكيف تجلت في الواقع المحلي. وتوضح تقليص دور «البريجاديبستاس» (العاملين في مجال الصحة بالمجتمع المحلي) في نيكاراغوا و«البارتيراس» (المقابلات التقليدية) إلى التعرف على وجود حمل، والدعوة إلى الخدمة المؤسسية كأحد أهم مهامهم، بما يجعلهم عناصر في تحقيق الهدف 5 من الأهداف الإنمائية للألفية. وقد أدى ذلك إلى توليد الخوف بين «البريجاديبستاس» و«البارتيراس». لكونهم أصبحوا مسؤولين فرديًا في حالة وفاة الأم، وخلق حالة من عدم الرضا تجاه دورهم والحد من دوافعهم. وفي حين كان الضغط من أجل تحقيق الأهداف يرمي إلى تحسين صحة الأمهات، فقد أسفر عن آثار سلبية غير مقصودة على العلاقة بين النساء والمتطوعين المحليين والنظام الصحي الرسمي. على نحو يحتاج إلى معالجة. © مجلة قضايا الصحة الإيجابية 2013

Meeting targets or saving lives: maternal health policy and Millennium Development Goal 5 in Nicaragua

Birgit Kvernflaten, Reproductive Health Matters 2013;21(42):32-40

الكلمات الدالة: صحة الأم، سياسة الصحة وبرامجها، العاملون في مجال الصحة بالمجتمع المحلي، الأهداف الإنمائية للألفية، نيكاراغوا

حول السياسات العالمية في مجال الصحة وأنها أدت إلى الحد من قدرة الدول على تنظيم وتطوير أولوياتها الوطنية في مجال الصحة والنظم الصحية، في مواجهة التوقعات المتصلة بالتنمية والقادمة من المشهد العالمي.^{1,2} لقد تعرضت الأهداف العالمية، مثل الأهداف الإنمائية للألفية، لانتقادات باعتبار أن أهدافها بمثابة «صيغة واحدة للجميع». ولأنها تعزز رؤية

إننا نعيش في عالم تُشكله (أكثر من أي وقت مضى) الأفكار العالمية. فقد تزايد فيض قرارات وبرامج السياسات الصادرة من هيئات فاعلة مثل البنك الدولي، ووكالات الأمم المتحدة، والمنظمات الدولية غير الحكومية، والمبادرات والمؤسسات العالمية في مجال الصحة؛¹ كما تأثرت السياسة الوطنية تأثرًا عميقًا بانتشار توقعات السياسة الخارجية.¹ ويدور جدال أيضًا

ارتفاع معدلات الحمل بين المراهقات، والعنف المنزلي، وانعدام مسؤولية الرجال تجاه الأطفال، والقضايا التي ترتبط غالبًا بالرجولة، وهو المفهوم الذي يصف تبعية المرأة - وكثيرًا ما يُفترض أنه مرادف للهيمنة الذكورية.^٧ شمل البحث تحديد تصور للمنطقة عن طريق وصف السياقات الاجتماعية-الثقافية والتاريخية والسياسية، والكشف عن الهياكل المحلية والشبكات المؤسسية من المستوى المحلي إلى المستوى العالمي. وقد أتاح ذلك معلومات أساسية حول الأماكن والهيئات الفاعلة والعلاقات بينهم. ضمت ملاحظات المشاركين إنفاق قدر كبير من الوقت مع النساء المحليات، و«البريجاديسستاس»، و«البارتيراس» في بيئاتهم، فضلاً عن المشاركة في دورات «البريجاديسستاس» التدريبية بالمرافق الصحية لاكتساب فهم أوسع نطاقًا.

تمثلت الخطوة التالية في دعوة الأفراد الذين تم الالتقاء بهم في هذه المرحلة الأولى التي استهدفت إجراء مقابلات معهم. لقد قمت بإجراء ١٥ مقابلة مع ١٥ من «البريجاديسستاس» و«البارتيراس» كما توليت أيضًا متابعة عمل سبعة أفراد عن كثب. كان اختيارهم خلال الدورات التدريبية بالمستشفى، أو عبر زهابي إلى المجتمعات المحلية في البلدية أو إلى أحياء لا داليا (القرية الرئيسية التي تقع فيها المستشفى) للسؤال عن «البريجاديسستاس» أو «البارتيراس». تركزت المقابلات على خبراتهم في النظام الصحي، ودورهم وعملهم. علاوة على زياراتي للمرافق الصحية، أجريت خمس مقابلات مع الموظفين المحليين بوزارة الصحة، وأربعة من النساء اللاتي يعملن في «كازا ماترنا» (بيت انتظار الأمومة)، و ١١ من ممثلي المنظمات غير الحكومية، و٤ من الساسة في البلدية. وقد تم اختيارهم بناء على مواقعهم ومعارفهم بقضايا واستراتيجيات صحة الأم في البلدية.

للتنمية تتمحور حول الهيئات المانحة.^٥ كما تعرض الهدف ٥ من الأهداف الإنمائية للألفية للانتقاد، وهو الهدف المتعلق بتحسين صحة الأم، لأنه لم يتناول سوى القابلات الماهرات عند الولادة، ولم يطرح النهج الشامل الضروري للوفاء بأجندة الصحة الإيجابية وصحة الأم.^١ تستند هذه الورقة البحثية، بتركيزها على الهدف ٥ من الأهداف الإنمائية للألفية، إلى العمل الميداني في نيكاراغوا، بغية تقديم منظور إثنوجرافي حول السياسات العالمية والوطنية في مجال صحة الأمهات، وكيف جلت في الواقع المحلي. يركز التحليل على «البريجاديسستاس» (العاملين في مجال الصحة بالمجتمع المحلي) و«البارتيراس» (القابلات التقليديات)، وكيف كان للضغط من أجل تحقيق الأهداف - الذي تم تبريره بحتمية إنقاذ الأرواح - أثرًا كبيرًا على عملهم وأدوارهم. لقد أصبح دور «البريجاديسستاس» و«البارتيراس» في نيكاراغوا أساسية لتحقيق الهدف، حيث ركز دورهم بشدة على تيسير تحقيق مؤسسة عملية الولادة.

المنهجية والسياق

استمر جمع البيانات من يناير إلى مايو ٢٠١٢ في إل توما-لا داليا، في ماتاجالبا، بالمناطق الجبلية شمال نيكاراغوا. تُعد مقاطعة ماتاجالبا من بين الأماكن التي تشهد أعلى معدلات لوفيات الأمهات في نيكاراغوا، وفي ظل عدد من السكان يبلغ حوالي ٦٧,٠٠٠ نسمة يعيشون في ما يقرب من ١٨٠ مجتمع محلي، تناضل بلدية إل توما-لا داليا الفقيرة الريفية من أجل الحصول على بنية تحتية والتمسك بضرورياتها الرئيسية مثل الطرق، والجسور، والخدمات الهاتفية، والكهرباء وإمدادات المياه. بالإضافة إلى نقاط الضعف المنهجية هذه، هناك تحديات اجتماعية واسعة الانتشار مثل

واعتلال الصحة من خلال تدخلات تتسم برودودية التكلفة ويمكن رصدها بسهولة.^{٩،٨،٤} ونظرًا لبروز النهج الانتقائي والنهج المتعلق بالمرض طوال ثمانينيات وتسعينيات القرن العشرين، لم تتجسد أجندة شاملة. وقد أدى عدم وجود تحسن إلى دفع الجهود الرامية إلى تنشيط «مبادرة الأمومة الآمنة» في عام ١٩٩٧. جزئيًا من خلال التركيز على أكثر التدخلات استهدافًا للحد من الوفيات الناجمة عن مضاعفات الولادة، وقد طُرح تدخلان مترابطان هما: الرعاية الماهرة عند الولادة، والرعاية الطارئة على مستوى الإحالة الأولى (المرافق الصحية على مستوى المقاطعات). واقتصر الاعتراف بمقدمي الرعاية الماهرة عند الولادة على القابلات، والأطباء، والممرضات اللاتي يتمتعن بمهارات التوليد، مع استثناء القابلات التقليديات والعاملات بمجال الصحة في المجتمع المحلي.^{١٠،٩} أُدرجت صحة الأم في الأهداف الإنمائية للألفية عام ٢٠٠٠. وكان الهدف الخامس يستهدف تخفيض معدل وفيات الأمهات بنسبة ٧٥٪ بمستويات عام ١٩٩٠ بحلول عام ٢٠١٥. ومارست العديد من الهيئات الدولية الفاعلة الموجودة في البلدان المختلفة ضغوطًا كبيرة للحد من وفيات الأمهات بسرعة، مع اقتراب الموعد النهائي.^{١١} وكان التشديد على أهداف قابلة للقياس، واستخدام المؤشرات في عصر الأهداف الإنمائية للألفية، يعني أن تدخلات مثل الرعاية الماهرة عند الولادة تتسم بالأولوية كمؤشرات غير مباشرة لصحة الأمهات.^١ وعلى الرغم من عودة الاهتمام في السنوات الأخيرة بالمحددات الاجتماعية للصحة والنماذج الشاملة، من جانب اللجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة التي نشرت مقالات حول ولادة جديدة في «أما آنا» على سبيل المثال.^{١٢،١٣} فقد اعتمدت بلدان كثيرة نهج التركيز الأكثر

كما أُجريت مقابلات مع ٧٢ امرأة ورجل من ٢٨ مجتمع محلي وحي، من قابلتهم في المرافق الصحية في «كاسا ماترنا» أو عند زيارتي للمجتمعات المحلية أو الأحياء عندما ذهبت أطرق الأبواب لدعوة النساء الحوامل أو اللاتي أُجبن (مؤخرًا) إلى إجراء مقابلة. كان المحور الرئيس للمقابلات هو كيف ولماذا اختارت النساء أن يلدن في المنزل أو في المستشفى، وكذا عن تصوراتهن وخبرتهن مع نظام الرعاية الصحية. كانت جميع المقابلات مفتوحة وشبه هيكلية، مما سمح بمزيد من التفصيل في المسائل التي وجدها كل مبحث مهمة. اخترت عدم تسجيل المقابلات باستخدام جهاز تسجيل، حيث شعرت أن الناس أكثر راحة ويتكلمون بحرية أكبر دون تسجيل. أُجريت جميع المقابلات باللغة الإسبانية، وتولت ترجمة الملاحظات وكتابتها بالكامل. وأخيرًا، أتاحت مشاركتي في الحياة اليومية زيادة فهمي للحمل وخبرات الولادة، وكيفية نظر النساء والرجال إلى النظام الصحي.

استهداف صحة الأم

يتأثر نهج صحة الأمهات المتبع في نيكاراغوا بالسياسة العالمية في مجال صحة الأم، وهي السياسة التي خضعت هي نفسها لعدة تحولات خلال العقود الماضية. تمتد جذور مبادرة الأمومة الآمنة، التي بدأت في عام ١٩٨٧، إلى نهج شامل للصحة يعكس «إعلان ألما-آنا» لعام ١٩٧٨. بيد أن هذا النهج الشامل - الذي يسعى إلى معالجة جذور اعتلال الصحة، وإدراج الاهتمام بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية والطبية - كان يتعرض لانتقادات باستمرار بسبب عدم وضوحه وحتى عدم واقعيته بالنسبة للبلدان الفقيرة، فقد جادل النقاد أنه يجب استهداف المصادر الرئيسية للوفاة

من ترتيبات «ادفع مقابل الأداء» مع العاملين في مجال الصحة، التي يجري تنفيذها حالياً في العديد من البلدان.^{١١} كانت أهمية الرعاية الصحية المجانية ومبادئ التضامن والحب والعمل التطوعي هي ما يصل كثيراً إلى «البرجاديستاس». تنبني هذه الأيديولوجية على أفكار مشاركة المواطنين، والاشتراكية، والمسيحية، والتضامن - وهي المفاهيم التي تستخدمها الحكومة لوصف نفسها. كان «البرجاديستاس» يعملون جنباً إلى جنب مع «البارتيراس»، ويتولون مسؤولية شواغل الرعاية الصحية الأولية الأخرى. وكانت صحة الأم جزءاً من استراتيجيات الحكومة لفترة طويلة، لكنها تعززت عند عودة جبهة ساندينيستا للتحرك الوطني إلى السلطة، كجزء من تركيز الجبهة على المجتمعات الريفية والفقيرة.

رداً على تقليص حجم قطاع الصحة العام في إطار التكيف الهيكلي في التسعينيات،^{١٢} ألغت الحكومة رسوم المستخدم في مرافق الصحة العامة في عام ٢٠٠٧، وأضافت عنصراً مهماً للوصول إلى المجتمعات المحلية.^{١٣} وقدمت نموذجاً جديداً للرعاية الصحية للأسرة والمجتمع المحلي، وهو نهج أكثر شمولاً من النهج الفردي المجتزئ والعلاجي الذي طرحته الحكومة السابقة.^{١٤}

تحسينات وتدخلات في مجال الصحة

أظهرت نيكاراغوا تحسناً عاماً في وضع الصحة منذ الثورة، لكنها لا تزال تناضل ضد عدم المساواة في الوصول إلى الرعاية الصحية ونوعيتها. تُقَدِّر منظمة الصحة الأمريكية أن حوالي ٤٠٪ السكان لا يزالون يفتقرون إلى كفاية فرص الرعاية الصحية، وأن نسبة ٦٠٪ الذين يستطيعون الوصول إلى الرعاية الصحية غالباً ما يلقون رعاية من نوعية رديئة.^{١٥} لقد انخفض معدل وفيات الأمهات

ضيقاً على توفير قابلات ماهرات في برامجهم للأمومة الآمنة. ينطبق هذا التركيز الضيق على الأهداف الإنمائية للألفية على نطاق أوسع، حيث - وفقاً لطرح فانديمورتل - فشل في تحويل تركيز الخطاب التنموي من نموذج نمو ضيق إلى منظور أوسع للرعاية العادل المستدام الذي يتخذ الإنسان نقطة تركيزه.^{١٦}

رؤية شاملة للرعاية الصحية

لقد تغيرت أيضاً السياسة الصحية في نيكاراغوا مع مرور الزمن، بما يعكس جزئياً هذه التحولات العالمية، بعد أكثر من ٤٠ عاماً من الديكتاتورية، والثورة في عام ١٩٧٩. بدأت حكومة ساندينيستا تنفيذ برامج اشتراكية في ثمانينيات القرن العشرين، مع التركيز على التعليم والصحة، حيث لم تكن المناطق الفقيرة والمهمشة قادرة على الوصول إليهما خلال فترة الديكتاتورية.^{١٧} كان أحد البرامج المبكرة التي قامت بها وزارة الصحة يستهدف تدريب المساعدين الصحيين المتطوعين ويُسمون «البرجاديستاس»، وقد حصلوا على تدريب لعدة أشهر، وأرسلوا إلى المناطق الريفية المنعزلة لتحسين وضع الصحة فيها، وهي المهمة التي حققوها بنجاح.^{١٨} وهو الأمر الذي كان مهماً بالنسبة لحكومة تسعى إلى المضي قدماً بالأهمية السياسية للصحة.

لقد تطور عمل هؤلاء المتطوعين الصحيين خلال الثمانينيات وأصبحت أنشطة أكثر دواماً^{١٩} حتى أن اليوم يجري تدريب السكان المحليين ليصبحوا «برجاديستاس» في مجتمعهم المحلي، وعلى الرغم من عدم توفر «برجاديستاس» في كل مجتمع محلي، فقد انتشر هذا الهيكل في أثناء التغيير نحو حكومة الليبرالية الجديدة في عام ١٩٩٠، وتعزز بعد فوز الساندينيستين أو جبهة ساندينيستا للتحرك الوطني في الانتخابات الرئاسية لعام ٢٠٠٦، وعلى النقيض

كجزء من الجهد المبذول لرفع مستوى الولادة في المؤسسات الصحية. فقدت «البارتيراس» مصداقيتهن في منتصف عام ٢٠٠٠ كقابلات ماهرات. بعد أن لعين سابقًا دورًا مهمًا للمساعدة في التوليد على مستوى المجتمع المحلي. فقد حلت محلهن مرضات توليد حاصلات على تعليم جامعي. واشتغلن في المناطق ذات أعلى معدلات لوفيات الأمهات. كجزء من مبادرة تدريب ونشر مرضات يتمتعن بمهارات القابلات في المناطق المعزولة.^{٢٣} مع ذلك، لا يزال من المتوقع أن تزور «البارتيراس» النساء خلال فترة الحمل، وتشجعهن على إجراء فحوص ما قبل الولادة، فضلًا عن الولادة بالمستشفى. بينما يحظر عليهن في الوقت نفسه الحصول على رسوم نظير خدماتهن وفقًا لمبدأ أنه لا ينبغي أن يدفع الناس نظير الخدمات الصحية. مع ذلك، لا تزال بعضهن تقمن بالتوليد. تعمل أيضًا العديد من «البارتيراس» نفس عمل «البريجادبيستاس»، مما أدى إلى الخلط بين أدوارهما.

يشارك كل من البنك الدولي، بنك التنمية للبلدان الأمريكية، والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، ومختلف وكالات الأمم المتحدة، بدرجة كبيرة في استراتيجيات سياسة الصحة في نيكاراغوا وتخطيطها وتنفيذها.^{١٨} وتعتمد الحكومة على موارد خارجية. مع ما يقرب من نصف ميزانية الصحة قادمة من المنح والقروض وتخفيف عبء الديون.^{٢٤} منح بنك التنمية للبلدان الأمريكية قرضًا يبلغ ٣٠ مليون دولار على أساس الأداء (٢٠٠٥-٢٠١٠) لنيكاراجوا. بغية الحد من وفيات الأمهات والرضع عن طريق تحسين الوصول إلى رعاية ما قبل الولادة، والولادة في المؤسسات، للتعجيل في إحراز تقدم في هدف الصحة بالأهداف الإنمائية الألفية.^{٢٥، ٢٦} كما قدم بنك التنمية للبلدان الأمريكية قرضًا جديدًا في عام ٢٠١١ بمبلغ ٢٠

خلال العقدين الماضيين. ويصل الآن وفقا لتقدير منظمة الصحة العالمية إلى ٩٥ لكل ١٠٠,٠٠٠ من المواليد الأحياء.^{١٩} قدمت الثورة في الثمانينيات الخدمات الصحية للشعب الذي كان يفتقر إليها سابقًا. وأصبحت الأمهات وصحة الأطفال من مجالات الأولوية.^{١٤، ١٥} بيد أن معدل وفيات الأمهات تذبذب بين عامي ١٩٩٢ و٢٠٠٥، ووصل إلى أعلى مستوياته في أعوام ١٩٩٦، و١٩٩٧، و١٩٩٩.^{٢٠، ٢١} جنبًا إلى جنب مع تقليص حجم قطاع الصحة العامة والتكيف الهيكلي.

أصبح انخفاض معدل وفيات الأمهات ملحوظًا مرة أخرى حوالي عام ٢٠٠٦.^{٢٠} وفي الوقت نفسه بدأ زيادة التشديد على أهمية التوعية المجتمعية ومهارة القائمين بالرعاية عند الولادة. مع ذلك، وعلى الرغم من التحسينات الشاملة، لا يزال السكان في المقاطعات الريفية الفقيرة الشمالية الوسطى والشرقية يعانون من ارتفاع وفيات الأمهات على نحو غير متناسب. تتراوح تقديرات معدل وفيات الأمهات من ١٨٠ إلى ٢١٤ في هذه المناطق.^{١٨} ومن المفارقات، في عام ٢٠٠٦، أثناء الانتخابات، تم التوقيع على قانون يجعل جميع عمليات الإجهاض غير شرعية، حتى وإن كانت لإنقاذ حياة المرأة. يعتبر البنك الدولي وفيات الأمهات بمثابة أكثر أهداف الصحة المرتبطة بالأهداف الإنمائية للألفية في نيكاراغوا إثارة للقلق. ومن غير المرجح تحقيق هدف وصول وفيات الأمهات إلى ٢٢ كما تتطلب الأهداف الإنمائية للألفية.^{٢١} وحتى مع ذلك، تلتزم نيكاراغوا بالأهداف الإنمائية للألفية وأدمجتها في خطة عام ٢٠٠٣ للتنمية الوطنية.^{٢٢} وبصرف النظر عن خفض الوفيات الناجمة عن الإجهاض غير المأمون، أصبح خفض معدل وفيات الأمهات أحد الأهداف الاستراتيجية الرئيسية للحكومة في ما يتعلق بالصحة.

الحادة إلى المستشفى الإقليمي الذي يقع على بعد ١,٥ ساعة بالسيارة. وعلى الرغم من هذه القيود، زادت حالات الولادة المؤسسية منذ افتتاح المستشفى. لكن النسبة لا تزال غير واضحة. ولا تزال حوالي ٤٠٪ من النساء تلدن في المنزل؛ إما بمساعدة «البارتيراس»، أو أحد أفراد العائلة. أو بمفردهن (اتصال شخصي بطبيب في مستشفى محلي. أبريل ٢٠١٢). تلد النساء في المنزل لعدم ثقتهن في المرافق الصحية. أو لشعورهن بالخرج من تعريض أنفسهن أمام الآخرين. أو لتصورهن أن الولادة المنزلية خالية من المخاطر. وأكدت أخريات محدودية الوصول للمستشفى. أو وجود حواجز أخرى مثل رفض الزوج أو مشكلات ترك الأطفال عند الذهاب إلى المستشفى.

على الرغم من إنشاء مستشفى جديد وزيادة عدد العاملين. يعتمد النظام الصحي اعتماداً كلياً على عمل «البريجاديسيتاس» و«البارتيراس» في المجتمعات المحلية. لأنهم بمثابة حلقة الوصل الرئيسية بين المستشفى والمجتمعات المحلية. يتولى المستشفى واثنان من معلمي الصحة بالمستشفى إقامة دورات تدريبية مرة في الشهر لكل من «البريجاديسيتاس» و«البارتيراس». إما في المستشفى أو في المراكز الصحية التي ينتمون إليها. هناك إقرار بأن «البريجاديسيتاس» هم أناس عليهم تعزيز «حزمة الرعاية الصحية الأساسية». مثل صحة الطفل ونظافته. لكن إحدى مهامهم الرئيسية تتمثل في تحديد وإعداد تقارير إحصائية عن النساء الحوامل في مجتمعاتهم المحلية. وهي المهمة التي يركز عليها العديد من «البريجاديسيتاس». من المتوقع منهم أيضاً. جنباً إلى جنب مع «البارتيراس». زيارة جميع النساء خلال فترة الحمل. وحثهن وإحالتهم إلى رعاية ما قبل الولادة. ودعوتهم إلى استخدام «كاسا ماترنا». فضلاً عن دعوتهم

مليون دولار لمواصلة الحد من وفيات الأمهات والرضع في ثلاث من أكثر المقاطعات ضعفاً. من بينها ماتاجالبا. إن الرعاية التي تأتي مع أفضل الممارسات المتفق عليها هي فقط التي ستكون مؤهلة للتمويل. تتمثل المؤشرات المتعلقة بوفيات الأمهات في استخدام تنظيم الأسرة. وإقامة النساء في «كاسا ماترنا» (بيت انتظار الأمومة) - استراتيجية لضمان وصول النساء اللاتي يعشن في المناطق النائية إلى مؤسسات الولادة - ورعاية الولادة التي تتم في الوحدات الصحية التي تقدم رعاية التوليد في حالات الطوارئ.^{١٧}

تحقيق الأهداف من خلال الولادة في المؤسسات الصحية

تركز بقوة الآن جهود نيكاراغوا لتقليص وفيات الأمهات على الولادة في مؤسسات الصحة. بما يعكس اتجاهات السياسة العالمية الحديثة في مجال صحة الأمهات وتشديد الهيئات المانحة على الرعاية الماهرة للولادة كمؤشر رئيسي للأداء. بيد أن هذه السياسة تضع ضمناً على قدم المساواة الولادة المؤسسية وتوفير قابلات ماهرات. أصبح المستشفى الرئيسي الذي افتتح في عام ٢٠١١. في البلدية التي قمت فيها بعلمي الميداني. بمثابة المكان الوحيد المعترف به للولادة. حيث حل محل مركز الصحة القديم - ونظرياً - الولادة المنزلية. تُقدم مراكز الصحة الثمانية التابعة للبلدية رعاية ما قبل الولادة. وفي فترة عملي الميداني. كانت وزارة الصحة تحاول زيادة عدد الأخصائيين في المستشفى. فقد كان المستشفى يضم مرضات توليد. لكن وجود أخصائي التوليد لم يكن منتظماً ويقتصر على أيام الأسبوع. يتولى أخصائي التوليد إجراء العمليات القيصرية. لكن المستشفى لم يكن لديها بعد بنكاً للدم. وبالتالي عليه حالة حالات الطوارئ

الصحية. أعربت العديد من «البريجاديستاس» و«البارتيراس» اللاتي أُجريت معهن مقابلات عن قلقهن إزاء الضغوط التي تمارس عليهن من أجل حصول النساء على الرعاية السابقة للولادة ثم الولادة في المستشفى. وكذا حول ما يتعرضن له من لوم في حالة وقوع أي وفيات للأمهات في المجتمع المحلي.

«سوف توجه وزاررة الصحة اللوم إلى «البارتيراس» أو «البريجاديستاس» إذا توفت امرأة في المجتمع المحلي. ولذا نحن نخشى حدوث ذلك. ليس من الإنصاف أن يوجه لنا اللوم، فليس خطأنا عدم ذهاب المرأة إلى المستشفى. على الرغم من أننا نقول لها أن تذهب، فهي لا تستمع إلينا دائماً. فهناك بعض النساء اللاتي لا يرغبن أو لا يستطعن ببساطة الذهاب.» (بريجاديستا)

كما أكدت «بارتيراس» أكبر سنًا، تعمل أيضًا «بريجاديستا». أن وفاة الأمهات في المجتمع المحلي تؤدي إلى التحقيق. وقالت أنها أرسلت أو ذهبت مع جميع النساء الحوامل في مجتمعها المحلي إلى المستشفى للتأكد من أنها لن تضر تلك الولادات. هناك أيضًا المنظمات غير الحكومية التي تشعر بالضغط لجعل النساء يذهبن إلى المؤسسات الصحية. قالت إحدى مثلات منظمة نسائية أنه على الرغم من هلع الناس من أي وفيات للأمهات، فهم يشعرون بالراحة عندما يسمعون أنه لم يحدث في مجتمعهم المحلي. «نحن نرتجف خوفًا من فكرة وفاة الأمهات في مقاطعتنا».

اتضح بجلاء، على جميع المستويات، الشعور بالخوف من حمل المسؤولية عن وفاة الأمهات. ظهر الشعور بالخوف أيضًا في المرافق الصحية المحلية من حدوث وفيات للأمهات في بلدياتهم. هناك فكرة تطرح إمكانية تجنب جميع وفيات الأمهات، وأن الفشل في تجنبها ينعكس بشكل سيء على الوظيفة التي يؤديها العاملون الصحيون. وقد أسفرت هذه الضغوط بتزايد

إلى الولادة المؤسسية - وكل ذلك دون أي مكافأة مالية. مع ذلك، لا تزال «البارتيراس» يحصلن في كثير من الأحيان على مكافأة من الأسر. وتسمى هدية وليس مدفوعات.

على الرغم من أن برامج وخطط الصحة في نيكاراغوا تعكس أجندة أكثر شمولاً على الورق، هناك تشديد في واقع الأمر على النهج الأكثر «انتقائية»، الذي يركز على الرعاية عند الولادة. وفقًا لطبيب يعمل بوزارة الصحة الإقليمية، يعكس عزم الحكومة على خفض معدل وفيات الأمهات مدى أهمية مؤشر للصحة بالنسبة للحكومة. ليس للصحة فحسب بل للتنمية أيضًا. علاوة على ذلك، ووفقًا لممثل إحدى المنظمات غير الحكومية في ماتاجالبا، تريد الحكومة السيطرة على جميع الإحصاءات المتعلقة بوفيات الأمهات، ومنعت المنظمة غير الحكومية من تحليل وفيات الأمهات في المنطقة منذ ٢٠١٠ (اتصال شخصي، فبراير ٢٠١٢). ومع ذلك، يعتقد ممثلو المنظمات غير الحكومية أن الإحصاءات التي تقدمها الحكومة قد لا تكون كاملة. علاوة على ذلك، يثير أيضًا الحظر الكامل لعمليات الإجهاض القانونية شكوكًا حول مدى انخفاض معدل وفيات الأمهات بالفعل (اتصال شخصي، فبراير ٢٠١٢).

إنقاذ الحياة - الخوف من الوفيات

إن السياسة الشاملة التي تتبعها الحكومة، وتطرح أن وفيات الأمهات هو أمر غير مقبول، تتجلى في كل مستوى من مستويات نظام الصحة: تضع وزارة الصحة مسؤولية تفادي وفيات الأمهات على كامل وزارات الصحة الإقليمية، التي تضغط بدورها على المرافق الصحية المحلية. وفي نهاية المطاف، من المتوقع امتثال «البريجاديستاس»، و«البارتيراس»، والنساء أنفسهن، إلى ضرورة الولادة بالمؤسسات

يسبب وفيات الأمهات. تتعلم «البريجادستا» كيف تكون مسؤولة عن تنظيم الانتقال إلى المستشفى في حالات الطوارئ؛ وعلى هذا النحو، لا تقع مسؤولية مؤسسية الولادة على كاهل النظام الصحي والمرافق الصحية، بل على كاهل أفراد على مستوى المجتمع المحلي. تقلل هذه العملية من شأن نقاط ضعف نظام الصحة الرسمي، وتتيح استمرارها.

نوعية الرعاية والعاملين في مجال الصحة

إن تركيز السياسة على الولادة المؤسسية يحجب، إلى حد ما، ما يجري فعلاً داخل المرافق الصحية. لا تشعر النساء والأسر غالباً بالرضا تجاه الرعاية التي يحصلون عليها. تركزت شكاواهم على سوء المعاملة، وطول فترة الانتظار، وعدم لطف الموظفين. كما شعرت أيضاً «البريجادستا» و«البارتيراس» بأن موظفي المستشفى لا يأخذون قراراتهم بإرسال النساء إلى المستشفى على محمل الجد. ما يسفر عن انتظار النساء لساعات طويلة، أو إرسالهن إلى المنزل دون فحص، بما يثير الشعور بالتدني وعدم الاحترام لدى «البريجادستا» و«البارتيراس».

«تضع الحكومة صحة الأم من الأولويات، ولا تريد أي وفيات للأمهات في البلد. لكننا انتقلنا من نقيض إلى آخر، والآن يبحثون عن النساء في المجتمعات المحلية ويسحبهن تقريباً إلى المرافق الصحية، ولكن عندما يصلن إلى هناك لا يجدن سوى سوء الاهتمام والرعاية. لا يضع الموظفون في حساباتهم لماذا يأتي الناس. بل يركزون فقط على الأرقام وتتباينهم عصبية شديدة حول وفيات الأمهات». (طبيبة بإحدى المنظمات النسائية)

كانت هذه الطبيبة نفسها قلقة أيضاً من تجاوز المرافق الصحية المحلية، المعترف بها للولادة، لقدرتها بالفعل، وتساءلت كيف

عن السعي إلى النساء وجلبهن إلى المرافق الصحية.

«إذا سمعنا عن امرأة حامل في خطر، علينا الذهاب إلى المجتمع المحلي وإحضارها. لن تحدث وفيات للأمهات هذا العام. إننا نخدع النساء أحياناً، إن تطلب الأمر. لإحضارهن إلى المستشفى». (طبيب في مستشفى محلي) أكد العاملون في مجال الصحة بالمستشفى أهمية الولادة المؤسسية باعتبارها الولادة الوحيدة المقبولة (والآمنة)، وأصبح هذا واضحاً في طريقة عملهم مع «البريجادستا» و«البارتيراس» وتصرفهم تجاه المرأة في المجتمع المحلي. كما يجري تذكير «البريجادستا» و«البارتيراس» في الاجتماعات الشهرية بأهمية جلب النساء إلى المرفق الصحي، بينما يكرر معلم الصحة تأكيداً على خطورة استمرار ممارسة الولادات المنزلية مع «البارتيراس». وقد تحدث، في جلسة حضرتها، عن امرأة نزلت حتى الموت بين يدي «البارتيراس» لأنها لم تذهب إلى المستشفى، ورفض فكرة أن يكون حضور «البارتيراس» مناسباً عند الولادة:

«لا توجد بارتيراس خارقة». و«البارتيراس الحديثة» لا تحضر الولادة. فحضورهن الولادات يُعد جريمة. (معلم الصحة)

يعكس رفض «البارتيراس» كراعيات للولادة السياسة العالمية والوطنية. بيد أنها ليست «جريمة» في نيكاراغوا، حتى وإن قدمها معلم الصحة على هذا النحو في الاجتماع.

على الرغم من أن العاملين في مجال الصحة بالمرافق يشعرون بالضغط من المستوى المركزي، فإن مسؤولية إحضار النساء إلى المؤسسة الصحية تقع مباشرة على عاتق «البريجادستا» و«البارتيراس». فإذا قمن بعمل جيد في المجتمعات المحلية، يمكن تجنب وفيات الأمهات. وفي اجتماع آخر حضرته، كان اللوم موجهاً إلى ضعف تنظيم المجتمع المحلي ما

المنزلية محفوفة بالمخاطر. وأن النساء يجب أن يذهبن إلى المستشفى. يمكن تلخيص هذه الحالة على النحو التالي: تعتبر الرعاية في المستشفى سيئة. لكن البقاء في المنزل أسوأ. أدت هذه المسائل إلى عدم رضا العديد من «البريجاديساتاس» و«البارتيراس» إزاء علاقتهم بنظام الصحة الرسمي. علاوة على ذلك، ونظرًا لشعورهن بمسؤولياتهن وعدم الملاءمة بين عبء العمل والمكافأة التي يحصلن عليها. توقفت بعض «البريجاديساتاس» عن العمل أو تفكر جدًّا في تركه. ما يعني ترك تلك المجتمعات المحلية دون متطوعات في مجال الصحة. أرادت أخريات تشكيل نقابة، بغية سماع أصواتهن والاعتراف بهن. لقد أدركن صعوبة الحصول على مدفوعات مالية، لكنهن شعرن أن الحصول على بطاقة الهوية بصفة «البريجاديساتاس»، أو حتى حقيبة محمولة على الظهر أو قميص يرتدينه عند زيارة الأسر، سيجعلهن يشعرن بأن دورهن أكثر احترامًا وتقديرًا. كان معلمو الصحة بالمستشفى على علم بغياب الدافع لدى العديد من «البريجاديساتاس». وأعربوا عن أسفهم لعدم توفر الموارد اللازمة لمكافئتهن أو تزويدهن بدعم عملي.

المناقشة والاستنتاجات

أوضحت هذه الدراسة الآثار السلبية غير المقصودة لسياسة صحة الأم الحالية في نيكاراغوا في ما يتعلق بالعلاقة بين نظام الصحة الرسمي، والمتطوعات الحليات في مجال الصحة، والنساء الحوامل. ونظرًا لأن مجمل نظام الرعاية الصحية يعتمد على المتطوعات الصحيات، فلا يمكن تجنب مشاركتهم في الحتمية الوطنية المتمثلة في بلوغ الأهداف، على أنه يمكن تحسين العلاقة معهن وتحقيق رضاهن عن عملهن ودوافعهن من خلال تدابير بسيطة تجعلهن يشعرن بأنهن جزءًا مهمًا من

يمكنهم التعامل مع ٤٠٪ من النساء اللواتي لاتزال تلدن في المنزل، نظرًا لظروفهن. هناك امرأة تعيش في أحد الأحياء القريبة من المستشفى، وأجبت ابنها في المنزل قبل بضعة أسابيع فقط، وعزت قرارها إلى قلقها من ممارسات المستشفى، ووصفتها كاعتداء (جروسيريا):

«ترقدن هناك أمام العديد من الناس، وهم يمارسون الجراحة والغرز حتى بعد الولادة، هذا خامل. وأنا لن أذهب».

على الرغم من أن هذه المرأة اعتبرت الولادة في المستشفى انتهاكًا، فإن عدم رغبتها في الذهاب إلى المستشفى جعلتها تمثل إشكاليًا بالنسبة للنظام الصحي، الذي يندد أحيانًا بالنساء اللاتي لا يتقيدن بالنظام باعتبارهن ساذجات أو مزعجات^{١٨}، على الرغم من أن قلق النساء لا يساوي بالضرورة سوء نوعية الرعاية. فقد دلت بعض تعليقاتهن على انعدام كبير للثقة في المرافق الصحية. شعرت بعض النساء أيضًا بضغط من أجل البقاء في «كاسا ماترنا» لفترة طويلة بعيدًا عن أسرهن. قيل حتى لإحدى النساء في المركز الصحي أنها مجبرة على البقاء هناك. على أن هناك العديد من النساء يرغبن أيضًا في الولادة بالمستشفى. بعد أن عرفن أنهن قد يتعرضن للموت إذا اخترن الولادة في المنزل، على الرغم من إعرابهن في الوقت نفسه عن قلقهن إزاء سوء المعاملة وطول فترة الانتظار وعدم لطف الموظفين.

أعربت العديد من «البريجاديساتاس» و«البارتيراس» - نتيجة لخبرتهن وقصص النساء - عن عدم الرضا تجاه الرعاية الصحية بالمستشفيات، ما يضعهن في موقف صعب، نظرًا لتوقع وزارة الصحة أنهن سيشجعن النساء على الذهاب للمستشفى. لكنهن وافقن، في الوقت نفسه، على أن الولادات

الحواجز الاجتماعية والاقتصادية التي تبعد الناس عن التماس الرعاية الجيدة والوصول إليها - ستستمر في إبعاد العديد من النساء. إن تضييق الأجندة إلى «رصاصات سحرية» انتقائية يمكن أن يؤدي أيضًا إلى تحويل الأموال بعيدًا عن تطوير نظم الصحة على المدى الطويل.^٣ وهو أمر حاسم سواء بالنسبة لتحقيق أو إدامة معدلات منخفضة لوفيات الأمهات.

تسفر أيضًا المبادرات الموجهة للهدف عن آثار على رؤية نيكاراغوا لنموذج الرعاية الصحية الشاملة وإيديولوجية التضامن والعمل التطوعي. حاولت العاملات الصحيات في نظام الصحة الرسمي بالمنطقة تحت الدراسة تجنب وفيات الأمهات، وتحديث بوضوح عن خبراتهن مع الوفيات في العام السابق. في وقت كتابة هذا التقرير، وعلى الرغم من عدم حصولهن على مدفوعات على أساس الأداء، كان نظام الصحة نفسه يزداد اعتماده على الأداء، مدفوعًا بمساعدة قطاع الصحة الخارجي المرتكز على الأداء، وبثقافة الأهداف ومؤشرات الإنجاز التي حفزها الأهداف الإيمائية للألفية. لقد أدت الحاجة لإظهار تقدم إلى تركيز نيكاراغوا بدرجة كبيرة على الولادة المؤسسية، مع ما يترتب على ذلك من آثار سلبية بالنسبة للعلاقة بين نظام الصحة والعديد من المتطوعات الصحيات اللاتي يحتاجهن هذا النظام، وأخيرًا، ضعفت شرعية هدف حكومة جبهة ساندينيسستا للتحرير الوطني لدعم صحة الأم والحد من وفيات الأمهات بقرارها حول عدم قانونية جميع عمليات الإجهاض. ما دامت الوفيات الناجمة عن مضاعفات الإجهاض غير المأمون تمثل نسبة كبيرة من مجموع وفيات الأمهات،^٣ بما في ذلك في نيكاراغوا، تعتمد نيكاراغوا اعتمادًا كبيرًا على المساعدات الخارجية، وستبذل قصارى جهدها لتنفيذ

نظام الصحة. يستغرق بناء النظم الصحية وقتًا طويلًا. وتُعد المتطوعات الصحيات وسيلة جيدة للوصول إلى النساء في المجتمعات المحلية: وبالتالي يجب أن يصبح الحفاظ على علاقة جيدة معهن من الأولويات.

لا يسهُل التعامل مع القلق الناجم عن الضغط لتجنب وفيات الأمهات، فهذا يقع ضمن نظام الأهداف وقياس الأداء، حيث يجري أيضًا تقييم أداء الحكومة سلبيًا أو إيجابيًا من قبل الهيئات الفاعلة العالمية، وعلى الرغم من أن السعي لتحقيق هدف الحد من وفيات الأمهات هو هدف جدير بالثناء، فإن الضغط على الجميع يزداد عندما يكون نظام الصحة غير قادر على الاستجابة على نحو كاف لتحقيق مثل هذا الهدف الطموح. فالتحرك نحو بلوغ الأهداف وتحقيق الولادة المؤسسية لم يصاحبه تحسينات مناسبة في نوعية الرعاية، بما يجعل العديد من «البريجاديسيتاس» و«البارتيراس» والنساء مترددات بشأن الولادة بالمستشفى. في دراسة حول وفيات الأطفال حديثي الولادة والأطفال دون سن الخامسة في إحدى المجتمعات المحلية في نيكاراغوا خلال الفترة ١٩٧٠-٢٠٠٥، أوضحت بيريز وزميلاتها زيادة وفيات حديثي الولادة حتى في آخر فترة من الدراسة؛ على الرغم من التغطية الجيدة للمساعدة الماهرة عند الولادة،^٤ وتبين أيضًا، في أماكن أخرى، أن الولادة المؤسسية لا تعني بالضرورة جودة الرعاية.^٥

لم يتشكك مقدمو الرعاية الصحية في المستشفى في هدف الولادة المؤسسية، فقد كان في سياق تحسين الرعاية عند الولادة بتوفير مساعدة ماهرة ورعاية توليدية في حالات الطوارئ خلال فترة هذه الدراسة، لكن الأجندة الضيقة التي تستبعد قضايا مهمة - مثل نوعية الرعاية، وكيفية استقبال الناس في المستشفى، والبنية التحتية، وتقليص

غير مناسب. وضعت مسؤولية تحقيق الهدف هـ من الأهداف الإنمائية للألفية في نهاية المطاف على كاهل المتطوعات المحليات. في حين لا يرقى الشك إلى نية تحسين صحة الأمهات. فقد أدى الضغط من أجل بلوغ الأهداف إلى آثار سلبية غير مقصودة على العلاقة بين النساء والمتطوعات المحليات ونظام الصحة الرسمي. وهذا ما يحتاج إلى معالجة.

شكر وتقدير:

أود أن أتوجه بالشكر إلى العاملات في مجال الصحة. والنساء. والأسر التي أجريت معها مقابلات في نيكاراغوا؛ وإلى كل من كاتريني سترينج. سيدسل روالكفام. جاجراتي جاني-بولستاد على التعليقات القيمة. حصلت هذه الدراسة على دعم من مركز التنمية والبيئة بجامعة أوصلو في النرويج. كجزء من أطروحتي للدكتوراه.

الأهداف العالمية المحددة. إن زيادة حالات الولادة في ظل رعاية ماهرة يمكن أن يحد من معدل وفيات الأمهات. لكن إعلان النصر - كما تقول سباجنجر - مجرد أن العاملات الصحيات ذات الألقاب الصحيحة يقمن برعاية معظم الولادات. هو أمر يمكن تجاهله في ظل ضعف الموارد: حيث يفتقر التدريب والتنظيم والدعم التقني إلى التناسق^٢. يجب أن تضع المبادرات الموجهة نحو الأهداف والمؤشرات القادمة من الساحة العالمية في حساباتها الظروف المحلية. فعلى الرغم من أن الأهداف الإنمائية للألفية. وغيرها من مبادرات تحسين صحة الأمهات. لم توضع لتكون ضيقة - كما توضح فانديمورتيلي^٥ وأوستفيج^٦ - فإن خيار توفير قابلات ماهرات فقط كمؤشر على التقدم. يفترض توفير نوعية أخرى جيدة من الرعاية^٧. أما على الصعيد المحلي. فقد أدى التركيز على الغايات والمؤشرات إلى استراتيجيات ضيقة على نحو

المراجع

1. Adams V, Novotny TE, Leslie H. Global health diplomacy. *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness* 2008;27(4):315-23.
2. Kaul I. Blending external and domestic policy demands. The rise of the intermediary state. In: Kaul I, Conceição P, editors. *The New Public Finance: Responding to Global Challenges*. For UNDP. New York: Oxford University Press, 2006.
3. Marchal B, Cavalli K, Kegels G. Global health actors claim to support health system strengthening - Is this reality or rhetoric? *PLoS Medicine* 2009;6(4) p:e1000059. doi:10.371/journal.pmed.1000059.
4. Roalkvam S, Jani J. Rights and obligations in national health governance. In: Roalkvam S, McNeill D, Blume S, editors. *Protecting the World's Children. Immunisation Practices and Policies*. Oxford: Oxford University Press, 2013.
5. Vandemoortele J. The MDG story: intention denied. *Development and Change* 2011;42(1):1-21.
6. Austveg B. Perpetuating power: some reasons why reproductive health has stalled. *Reproductive Health Matters* 2011;19(38):26-34.
7. Nencel L. Pacharacas, Putas and chicas de su casa: labeling, femininity and men's sexual selves in Lima, Peru. In: Melhuus M, Stolen KA, editors. *Machos, Mistresses, Madonnas: Contesting the Power of Latin American Imagery*. London: Verso Books, 1996.
8. Irwin A, Scali E. Action on the social determinants of health: a historical perspective. *Global Public Health* 2007;2(3):235-56.
9. Storeng K. *Safe Motherhood: The Making of a Global Health Initiative*. PhD dissertation, London School of Hygiene & Tropical Medicine, University of London, 2010.
10. WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank. *Reduction of maternal mortality: a joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank statement*. WHO: Geneva, 1999.
11. Roalkvam S. *Stripped of rights in the pursuit of the good: the politics of gender and the reproductive body in Rajasthan, India*. In: Bjørkdahl K, Nielsen KB, editors.

- Development and Environment. Practices, Theories, Policies. Oslo: Akademika Publishing, 2012.
12. Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a Generation. Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Geneva: WHO, 2008.
13. Alma Ata: rebirth and revision 1-8 series, Lancet 2008 372(13 September).
14. Tesler LE. The social relations of health care and household resource allocation in neoliberal Nicaragua. BMC International Health and Human Rights 2010;10:9.
15. Garfield MR, Taboada E. Health service reforms in revolutionary Nicaragua. American Journal of Public Health 1984;74(10).
16. Magrath P, Nichter M. Paying for performance and the social relations of health care provision: an anthropological perspective. Social Science & Medicine 2012;75(10):1778-85.
17. Sequeira M, Espinoza H, Amador JJ, et al. The Nicaraguan Health System. Seattle, WA: PATH, 2011.
18. Pan American Health Organisation. Health in the Americas 2007, Volume II Countries: Nicaragua. PAHO, 2007.
19. WHO. Nicaragua Health Profile. Updated May 2012. <http://www.who.int/gho/countries/nic.pdf>.
20. Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud Nicaragua. Perfil de salud materna. ODM 5 Nicaragua, 2010.
21. World Bank. Nicaragua Poverty Assessment Volume I: Main Report, May 2008. http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2008/07/08/000333038_20080708004519/Rendered/PDF/397360ESW0vol110gray0cover01PUBLIC1.pdf.
22. Pan American Health Organisation. Health Systems Profile: Nicaragua. Monitoring and Analyzing Health Systems Change. 3rd ed. May 2008.
23. UNFPA. Background document. The State of the World's Midwifery 2011: Delivering Health, Saving Lives. Nicaragua Summary, 2011. http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/country_info/short_summary/Nicaragua_SoWMYShort-Summary.PDF.
24. Mathauer I, Cavignero E, Vivas G, et al. Health financing challenges and institutional options to move towards universal coverage in Nicaragua. World Health Report. Background Paper 24. Health System Financing. WHO, 2010.
25. USAID. Nicaragua Health Program Evaluation, April 2008. <http://www.ghtechproject.com/files/Nicaragua%20Evaluation,%20Health%20Program.%20April%202008..pdf>.
26. Inter-American Development Bank. Nicaragua. Improving Maternal and Child Health. Performance-Driven Loan. Project No. NI-L1001, 2004.
27. Inter-American Development Bank. Programa de Mejoramiento de la Salud Familiar y Comunitaria en Municipios de Alta Vulnerabilidad Social. Perfil de Proyecto Nicaragua. Número del proyecto NI-L1054, 2011.
28. Jordan B. Authoritative knowledge and its construction. In: Davis-Floyd RE, Sargent CF, editors. Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives. Berkeley: University of California Press, 1997.
29. Perez W, Pena R, Persson LA, et al. Tracking progress towards equitable child survival in a Nicaraguan community: neonatal mortality challenges to meet MDG 4. BMC Public Health 2011;11:455.
30. Spangler SA. Assessing skilled birth attendants and emergency obstetric care in rural Tanzania: the inadequacy of using global standards and indicators to measure local realities. Reproductive Health Matters 2012;20(39):133-41.
31. WHO. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6th ed, 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf.