

MORTALIDAD MATERNA

Dr. Roberto Uribe Elías

MARCO HISTÓRICO.

Hasta el Siglo XVII la muerte de la mujer durante el parto era una situación natural, casi esperada, inherente a su propia condición y función en la Sociedad y el matrimonio; un evento que venía con la esencia de la mujer, sino lograba superarlo, era sustituida por otra mujer, para realizar la procreación y no había problema.

El crecimiento de lo que llamo la Iconografía de la Reina, mostró que la mujer que accedía a sitios de poder, hacía de su personalidad en lo funcional y orgánico, una persona valiosa. Lo cual se conjugó con la inquietud de un soberano como Luís XIV, el Rey Sol, con una azarosa vida romántica, sexual y política, cuya mente inquisitiva en todos los órdenes, lo llevo a recapitular el evento de los partos y a tomar en cuenta a sus participantes: la mujer y las comadronas, decidiéndose la incorporación formal del hombre al Arte de los Partos y transformando un suceso manejado por mujeres incultas, dejado a su desarrollo espontáneo casi sin intervención, excepto la “divina”.

En el Siglo XVII nace la Obstetricia, estableciendo la importancia de la mujer en el parto, el objetivo de su sobrevivencia y el desarrollo del Arte de los Partos, con la consecuente participación del hombre, la tecnología y el conocimiento, con la mejor comprensión del Arte, su mecánica y la necesidad de actuar.

El Siglo XIX marca el inicio de la aplicación de la Cirugía en la atención del parto, la incorporación de un instrumental tocoquirúrgico múltiple y la búsqueda de mantener con vida, de ser posible, a la madre y al hijo.

En el Siglo XX es donde la Gineco Obstetricia como especialidad logra la incorporación de la Epidemiología y la Estadística, la búsqueda de nuevas alternativas científicas para la sustitución del Arte de los Partos, el empleo de tecnología aplicada al desarrollo de la concepción, gestación y su solución, que hace olvidar la disyuntiva de:” la vida de la madre o la del producto”; y es hasta la mitad del siglo, después de la Segunda Guerra Mundial que se inicia el interés formal e internacional por la Muerte Materna.

MARCO CONCEPTUAL

La Mortalidad Materna (MM) no es un concepto rígido, sino que se ha ido transformando acorde a la nueva visión social, económica, tecnológica y del conocimiento.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. 10ª. Revisión. 1992 (ICD-10), la WHO define la Muerte Materna como la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días de la terminación de la gestación, independiente de su duración y tipo del embarazo, por cualquier causa relacionada con él o agravada por el embarazo o su manejo, que no sea debida a causas accidentales o incidentales. Con esta definición es obligado distinguir entre Muerte Materna Directa e Indirecta.

Muerte Obstétrica Directa es aquella resultante de complicaciones del embarazo, cualquiera que sea su *momentum* (embarazo, parto y puerperio), de las intervenciones motivadas por el mismo, omisiones, tratamientos incorrectos o derivada de una cadena de eventos o resultado de cualquiera de los anteriores antes mencionados.

Muerte Obstétrica Indirecta es la resultante de una enfermedad o patología preexistente, o que su desarrollo durante el embarazo, cuyo origen no tiene relación directa con el embarazo, pero cuya evolución pueda ser agravada por los efectos fisiológicos del embarazo.

Los ejemplos de Muerte Obstétrica Directa será la presencia de Pre- eclampsia o Eclampsia, Hemorragia y sus secuelas como los Trastornos de la Coagulación; la Anestesia y sus complicaciones motivadas por una indicación obstétrica como la Cesárea o el manejo inadecuado o deficiente de esos eventos.

En el caso de la Muerte Obstétrica Indirecta es el caso de la Cardiopatía, la nefropatía o en procesos neoplásicos que se agudizan en el embarazo.

Sin embargo, la defunción y su adecuada ubicación, en muchos casos, no resulta sencillo, por las múltiples causales que pueden en ella intervenir; empezando por su adecuado registro.

Es por eso que en la ICD-10 se modifica el concepto de Muerte Materna, por el de Muerte relacionada con el embarazo como la muerte de la mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días de finalizar la gestación, independiente de la causa de la muerte.

Surgiendo el concepto de Muerte Materna Tardía, que sería la muerte de una mujer de una causa directa o indirecta, más allá de los 42 días, pero menos de un año de finalizar el embarazo.

Todo ello modifica sustancialmente la estadística de la Muerte Materna (MM), ya que cambia el período de 42 días, para incluir a aquellos casos complicados, pero que tuvieron una mayor sobrevivencia debida a los medios tecnológicos de sostén.

INDICADORES DE LA MORTALIDAD MATERNA,

Porcentaje, Razón o Tasa de Mortalidad Materna- Número de Muertes Maternas durante un período de tiempo dado X 100,000 Nacidos Vivos (NV) durante ese mismo período.

Proporción de Muertes Maternas o Letalidad- Número de Muertes Maternas en un período determinado X 100,000 Mujeres en Edad Reproductiva en ese mismo período de tiempo.

Riesgo de Muerte Materna en el período de Vida Adulta- Posibilidad de morir de causas maternas durante el período de vida reproductiva de una mujer.

En el período de despegue de los Estudios de Mortalidad Materna, dentro de los Comités ad hoc, pero en especial en los hospitalarios, se acostumbraba clasificar a las Muertes Maternas como Evitable, No Evitable y Con Responsabilidad.

La evolución del ejercicio de la Medicina mostró el riesgo de esa Clasificación, ya que implicaba un impacto jurídico/legal, que podía ser mal interpretado fuera del ámbito de un estudio y un análisis estrictamente médico-profesional.

Se conjugó con el surgimiento de la Medicina de Aseguramiento, la presencia de Terceros de Pago y la aparición de una práctica acotada por una “supuesta responsabilidad profesional”, usada en contra del ejercicio profesional habitual que conducía a pacientes, familiares, asegurados, patrones, instituciones, abogados, etc., a ver al Médico y su ejercicio habitual como objetivo de producción, de lucro u obtención de beneficios económicos en contra o a partir de los integrantes del proceso de atención médica.

Por lo anterior, y dado que el Expediente Clínico y sus derivados se constituyen en material procesal, la clasificación de Muertes Maternas señaladas, ha dejado de emplearse por la responsabilidad, no siempre clara e ineludible de los propios médicos y las instituciones.

Muerte Evitable sería por omisión, defecto en el manejo del embarazo y la mujer, durante o antes de su arribo al ámbito hospitalario para su manejo final

(transporte, acceso a los servicios de atención médica, ignorancia, desconfianza, tradiciones culturales, manejo previo inadecuado, condiciones institucionales y problemas de salud previos, antes señalados).

La Muerte Evitable es clasificada como profesional, hospitalaria o de la paciente, de acuerdo a la Responsabilidad del factor determinante que condujo a la muerte.

Como se puede observar ésta última clasificación implica criterios de juicio y responsabilidad, lo que en el momento actual trasciende el ámbito puramente profesional, de mejor conocimiento de las circunstancias que rodearon el evento médico y el tipo de

relaciones socio-económicas que vive nuestra sociedad, todas tocan las esferas jurídico-legales con repercusión material (en especial económica y de responsabilidad profesional) lo que rebasa el contexto médico.

Establecer criterios definitivos en la actuación profesional, su preparación, formación, métodos empleados, tiempos y movimientos, presencia de complicaciones y manera de enfrentarlos, apoyo en otros integrantes del equipo de salud, etc., muestran el nivel de complejidad para establecerlos, aún de manera tentativa.

En el caso de valorar la condición Institucional, sus recursos, administración, tiempo de respuesta, calidad y eficiencia de los servicios ofrecidos y los otorgados; la respuesta organizacional y la vigencia de la integración con las políticas nacionales de salud y las prioridades sanitarias; muestran una visión más de la complejidad ya señalada, que dificulta establecer criterios de juicio y responsabilidad con las repercusiones pertinentes.

El otro factor es el que corresponde a la propia paciente, su disposición, conocimiento, cuidado de su propia salud, atingencia para enfrentar el embarazo y su salud, que en una población de grandes desigualdades, de núcleos de marginación y de niveles de pobreza inaceptables, con grupos de población rural y urbana con grandes carencias y niveles educativos y económicos muy desfavorables; todo ello para muchos de los casos, hacen coincidir factores desfavorables que puedan ser imputados a un origen, estado socio/económico, educativo, de conocimiento y cultural, que no favorecen la integración de la mujer, la familia a criterios sociales de desarrollo, benéficos para la salud de la mujer, de su embarazo y de la sociedad.

Muerte Inevitable cuando la evolución de la enfermedad, el embarazo o la complicación, no puede ser alterado, a pesar de un adecuado manejo o de emplear los recursos necesarios, de manera correcta y oportuna.

VISIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA.

Este Indicador junto con la Mortalidad Perinatal y la Sobrevivencia Infantil, sobretudo ésta última, constituyen los Indicadores de oro, para juzgar el estado de un pueblo, ya que en ellos se refleja, no solo la condición biológica sino que son la resultante de la interacción de factores sociales y económicos que inciden en el desarrollo de la población de manera definitiva.

Debe así entenderse que la Mortalidad Materna no depende exclusivamente de factores médico/sanitarios, sino que es resultado de factores sociales que incrementan el riesgo de la vida de la mujer durante el embarazo y los eventos obstétricos derivados del mismo.

La evolución del concepto de embarazo y salud de la mujer han sufrido una gran transformación después de la Segunda Guerra Mundial y como resultante del impacto del Posmodernismo en el mundo.

La respuesta Posmoderna incorpora la idea de la globalización, el multilateralismo o policentrismo, la búsqueda del ecumenismo, la crítica a la civilización, el movimiento feminista y un creciente individualismo, contrastando con el materialismo opulento y el impacto global que todo ello conlleva a diversas crisis morales.

La Ideología va estar marcada en un relativismo materialista y racionalista; que ha favorecido la polarización de la sociedad, por una parte hacia el resurgimiento de lo reaccionario, conservador y totalitario, ya que por otra, la presencia de corrientes extremistas (terroristas) con tendencias anarquistas, o al menos anti –autoritarias o deconstructivistas de la sociedad actual.

Ejemplos en niveles diversos, los tenemos con las corrientes conductuales de los adolescentes que los llevan a un rechazo social y relego en la sociedad a la que pertenecen (emos,marquetos,donks,goticos,punks,metaleros,skinheads).

Lo anterior, pareciera lejano de la Mortalidad Materna, pero está fuertemente ligada al reconocimiento de los Derechos de las Mujeres, de los Derechos Sexuales y Reproductivos, de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia (Derechos de los Niños); ligada al desarrollo de las tecnologías de la Reproducción Humana y su respuesta por parte de algunos sectores de la población sobre todo los religiosos; la evolución de la Sexualidad Humana en el mundo y a la radical transformación del Papel de la Mujer en el Mundo, con el reconocimiento mundial de los Derechos Humanos.

Desafortunadamente, esta multiplicidad de factores no influyen de manera clara, a favor o en contra, sino que en buena medida son paradójicas en relación a favorecer la sobrevivencia de la mujer durante el evento fisiológico de la gestación y su resolución.

Las organizaciones feministas han propugnado por un parto con mínima intervención médica, lo que ha condicionado, no a un evento “espontáneamente” fisiológico, sino a una limitación en la acción médica, incrementando el riesgo.

Debe tomarse en cuenta que si bien el embarazo es un evento fisiológico, su resolución, deja muy claro, que no es una acción espontánea y fisiológica en la totalidad de los casos; que si bien en otras especies es parte del control natural de la población, en el caso del hombre, la

calidad de la vida humana ha tenido otro contexto y la presentación de problemas o dificultades dentro del parto, su mejor conocimiento, ha conducido a una intervención activa, sustentada en la experiencia (dolorosa de muchos siglos) y el desarrollo tecnológico, con lo que se minimizan los riesgos del evento para la mujer y el hijo.

ENFOQUE DE LA MORTALIDAD MATERNA.

“Cada minuto de cada día en algún lugar del Mundo una mujer fallece a causa de complicaciones que surgen durante el embarazo y el parto. La mayor parte de estas muertes son evitables”.

Declaración conjunta OMS/FNUAP, UNICEF, Banco Mundial. 1999.

La evolución del conocimiento médico, la aplicación tecnológica y las técnicas más avanzadas en el ámbito médico han permitido disminuir considerablemente las muertes maternas, desde la segunda mitad del Siglo XX, sobre todo en los países desarrollados, ya que en las regiones en vías de desarrollo, las condiciones siguen siendo no favorables a su desenvolvimiento.

Los esfuerzos iniciales se realizaron dentro de las organizaciones médicas de especialistas en Gineco-Obstetricia, en donde el conocimiento médico-quirúrgico, se volcó en la transformación de la atención del parto, el embarazo, el recién nacido y su evolución.

En Estados Unidos de Norteamérica se refieren Grupos y después Comités interesados en el Bienestar de la Madre (1920), pero solo se habla de estudio de Muertes Maternas en 1957; pero corresponde a un mexicano Alfonso Álvarez Bravo como Presidente de la FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia), crear el Comité Internacional de Mortalidad Materna en 1966 cuyo primer Reporte se publica en 1967.

Dicho Comité técnico, con gran impacto en el mundo y en nuestro país; inicia el surgimiento de Comités, primero médicos y después gubernamentales e institucionales para enfrentar la MM.

El enfoque médico-biológico desde el punto de vista del profesional de la Gineco-Obstetricia, después de los integrantes del Equipo de Salud, no fue suficiente, a pesar de la aceptación y renovación del papel de la comadrona, mediante su capacitación, instrumentalización y supervisión.

Fue necesario la incorporación de factores, al parecer alejados de la MM, los que comenzaron a permitir su mejor comprensión y por tanto, su enfoque integral.

¿POR QUÉ SE MUEREN LAS MUJERES?

Pobreza- Las muertes de las mujeres recaen en el sector de la población en el nivel de pobreza y la llamada pobreza extrema, subterfugio, este último, para disminuir artificialmente las cifras, de aquellos que sobreviven apenas con el mínimo de satisfactores, ya sea en el ámbito rural o urbano.

Desnutrición o Mala Nutrición- El mismo sector poblacional incorpora la deficiente nutrición y sus consecuencias, en donde las complicaciones del embarazo, se presentan con mayor frecuencia.

Analfabetismo y Educación Insuficiente (Falta de Capacitación)- Las mujeres y en general, la población dentro de este rubro aparece como la más susceptible, no solo a la MM sino a las desventajas causadas por la enfermedades; por ignorancia, falta de oportunidad o acceso a las Servicios de Salud; o bien a una carga excesiva de limitantes culturales que impiden la aceptación de la Medicina y sus adelantos y complejidades.

Cultura- Este factor que arroja una amalgama de circunstancias que van desde la incredulidad sobre los fenómenos biológicos como la menstruación, la gestación, el parto y el puerperio, el coito y otros como la desnudez, la confianza en el Médico y la Medicina Científica, los mitos alrededor del sexo, la religiosidad, la anticoncepción, etc., hacen de los grupos sociales, sujetos vulnerables a las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Se conjuga con la existencia de rezagos étnicos que impiden la incorporación de los diversos grupos sociales a las estructuras de la modernidad.

Desigualdad e Inequidad- Paralelo con lo anterior, el trato diferencial a la mujer en ciertos grupos étnicos y sociales, el papel de la misma en la sociedad que no evoluciona, sino que sigue restringida al hogar, la reproducción y el cuidado de los hijos, hacen de su participación, un factor ausente; que lleva a la inequidad en el trato, las oportunidades y no facilita su incorporación a la modernidad, que en todos los casos conlleva a reforzar el ámbito donde ocurre la MM.

Los Grupos Indígenas continúan siendo un sector de la población marginado, en régimen de inequidad y desigualdad, por su propia condición étnica, social o cultural y es el grupo más vulnerable y susceptible por su rezago económico, cultural y educativo. Los Indígenas no se han integrado a la Sociedad Moderna y no hemos sido capaces de, respetando su cultura, acercarles los avances de la Atención Médica y otros órdenes.

Urbanización y Desarraigo del Medio Rural- El fenómeno de la migración del campo a la ciudad, ha constituido una fuente para la pobreza, el desempleo, la desnutrición, la

aculturación, las adicciones y las conductas delictivas, que enmarcan las posibilidades de MM para aquellas mujeres comprendidas en este proceso.

El crecimiento urbano, las zonas marginadas, los núcleos desprotegidos, constituyen el reto de la transición demográfica, que en algunos sitios se ve agrandado por la Migraciones Temporales y las Territoriales, en busca de empleo o mejores condiciones de vida.

Desempleo- Junto con las anteriores factores, este cierra el círculo del desastre familiar, social e individual; que lo constituye pobreza, analfabetismo y los otros antes señalados; el desempleo confirma la falta de acceso formal a los servicios de salud que hundan al individuo y a su familia, engrosando la población susceptible a la MM.

Acceso a los Servicios de Salud- A pesar de estar expresado como un Derecho a la Salud, el papel del Estado para otorgarlo, sobre todo a aquellos que no cuentan con Seguridad Social por no tener empleo; se ha visto transformado con el llamado Seguro Popular, que no es otra cosa que la transformación de la obligación de Estado a otorgar la Salud y los Servicios tendientes a su preservación, por un Contrato limitado, con costo prepago, para aquellos que no tienen acceso a los servicios habituales y que deberían ser otorgados sin cortapisa, con la única condición de ser considerados para su pago simbólico de acuerdo a la situación socio-económica que tuviera el individuo en ese preciso momento, acorde con un estudio socio-económico.

Dentro del acceso debe considerarse como factores determinantes el acceso, aceptación y empleo de la Planificación Familiar. Las mujeres mueren por la combinación de factores económicos, políticos, sociales, ideológicos, culturales y de nivel educativo que les impide tener acceso a métodos de Planificación Familiar, en especial de Anticoncepción, Educación Sexual, reconocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres, para tener embarazos deseados en las mejores condiciones para su Maternidad Segura y Responsable.

Si tomamos en cuenta que la falta de acceso a los Servicios de Salud, es un factor más, que indica la pobreza y su nivel, nos damos cuenta del drama al parecer irresoluble que implica romper con el Círculo del Desastre, que solo se podrá llevar a cabo con Políticas Nacionales orientadas a realizarlo.

FACTORES CONTRIBUYENTES A LA MORTALIDAD MATERNA.

Son aquellos que de manera indirecta contribuyen a la MM como: la Medicina altamente tecnificada, que incluye las Súper especialidades con tecnología de acceso restringido a la población en general, por su costo o complejidad; el Costo de los Servicios; la Dispersión de

los Núcleos Poblacionales en las zonas rurales; el aislamiento de zonas marginales urbanas; el surgimiento de las Subculturas urbanas que incluyen elementos marginales de todo tipo, que impiden la integración a los Servicios Médicos, a los avances científicos, a los programas de prevención, etc.; ausencia de Servicios urbanos básicos, que impiden la comunicación y la salubridad básicas, que pueden hacer precarias las condiciones de vida (desarrollo de condiciones sanitarias, abasto de agua, vivienda, fuentes de energía, vialidad, seguridad, etc.); Falta de acceso o Rechazo a la Planificación Familiar y a los Métodos Anticonceptivos, incluyendo la Anticoncepción de Emergencia, con la consecuente existencia de mujeres con embarazos no planeados, incluyendo de manera especial a las adolescentes, en este rubro resalta la Falta de Educación Sexual.

Todas las anteriores constituyen un abanico de posibilidades que conforman el Perfil de Riesgo.

Perfil de Riesgo- Para integrarlo, hace algunos años lo iniciaríamos con una Mujer de 30-35 años, múltipara o gran múltipara (mas de V Gestaciones), casada o en unión libre, analfabeta, en el ámbito rural, sin servicios sanitarios; sin embargo, en el momento actual se transforma en una Mujer Adolescente o Joven 17 a 29 años, primigesta, con embarazo no planeado, baja escolaridad, en ámbito urbano o suburbano, con servicios básicos, nivel sanitario deficiente, sin acceso individual a servicios de salud, entre los que se encuentra la planificación sanitaria y reticencia a la Anticoncepción y/ o desconocimiento de la Anticoncepción de Emergencia, procedente de familia numerosa, cuya pareja masculina es también adolescente o joven, con bajo nivel escolar, sin empleo, con algún conocimiento de anticoncepción, que mantienen en secreto la gestación en los primeros meses, hasta la evidencia física, sin vínculos matrimoniales. La paradoja es que si ella contaba con Servicios Médicos por parte del Padre o la Madre, pierde el derecho por estar embarazada, la existencia de ser estudiante activa le otorgaba servicios médicos, lo cual se ha olvidado o negado, dependientes económicos, ambos mujer y pareja, se convierten en una población muy vulnerable, que no está considerada en la organización, estructura de los servicios de salud, excepto en programas de papel y ninguna acción.

¿DE QUE SE MUEREN?

Desde que se inicio la práctica del Arte de los Partos primero, después la especialidad en Gineco-Obstetricia, son tres las causas principales de las Muertes Maternas: la Hemorragia, la Infección y la Pre-Eclampsia, Eclampsia, seguida muy de cerca de la Distocia (Parto

Obstruido) en cualquiera de sus variedades, esta última con menor frecuencia gracias a la realización de la Operación Cesárea.

Dentro de las dos primeras causas señaladas están los casos derivados del Aborto provocado o inseguro.

La **Hemorragia** y la **Infeción** son las causas primordiales que llevan a la muerte a una mujer en la etapa reproductiva y que se relacionan con una intervención tardía, inseguridad, manejo no definitivo, todos relacionados con impericia, falta de recursos, falta de experiencia, burocratismo excesivo, ausencia de normas de manejo, falta de supervisión, equipos médico-quirúrgicos deficientes y faltos de colaboración, falta de cooperación de la paciente, reticencia de la familia o la sociedad.

El caso de la **Pre-Eclampsia, Eclampsia** o Enfermedad Vascul ar del Embarazo, como ahora se denomina, significa la falta de Control Pre Natal, en cualquiera de sus condicionantes, un factor definitivo es la colaboración de la paciente, su pareja y la existencia de vínculos interpersonales, que favorezcan el acceso a la Atención Médica, así como la influencia de los padres de ambos cónyuges para aceptar la evolución de la gestación y la Atención Médica Científica.

Siendo una patología cuya etiología aun no es conocida, el control de la evolución del embarazo, las condiciones previas de salud de la madre y el manejo del parto y puerperio, se constituyen en factores definitorios para la vida de la mujer.

Las Enfermedades concomitantes como la Diabetes, las Cardiopatías, la nefropatía, el riesgo de Enfermedad Trombo-embólica, patología Oncológica y otras, constituyen un riesgo asociado, pero no siempre definitivo en la evolución del embarazo, dado los avances en el conocimiento, control, vigilancia y resolución, que en la actualidad existen.

El embarazo asociado a Accidentes o intentos Suicidas, en el momento actual caen dentro de los indicadores generales de la población en las edades respectivas, sin dejar de reconocer la Depresión post parto o aborto, las Enfermedades mentales desencadenadas alrededor de la gestación y los conflictos de pareja que pueden llevar o conducir a episodios suicidas, al igual que en la actualidad en mujeres de todas las edades puedan asociarse a las Adicciones como un factor mas de riesgo en el desarrollo del embarazo.

¿QUÉ CONTRIBUYE A QUE SE MUERAN?

La Maternidad sin riesgo es un asunto de Derechos Humanos.

El avance conceptual del papel de la mujer en la sociedad actual ha permitido trasladar el problema de Muerte Materna del ámbito puramente médico/ profesional, es decir, lo orgánico/ biológico, al terreno de la responsabilidad social, por el reconocimiento de los factores contribuyentes como la injusticia social, la discriminación, la pobreza y la ausencia del reconocimiento de los Derechos Humanos.

Las Convenciones realizadas después de establecida, organizada y funcionando la Organización de las Naciones Unidas, permitieron que en 1948, se emitiera la Declaración Universal de Derechos Humanos. De esa visión parten diversas estructuras que a nivel internacional promueven la condición de la mujer en el mundo.

- a- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación en contra la mujer. (1979 ;1981)
- b- Convención sobre Derechos del Niño (1924;1979;1989), que después se extenderá a los Adolescentes.

De igual manera los Movimientos Feministas han promovido el reconocimiento del valer y el estado de la mujer en todas sus condiciones de vida.

En la Conferencia Mundial de las Mujeres de El Cairo (1994), que había sido precedida por la III Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en Teherán (1968), se reconocieron de manera inicial los Derechos Reproductivos como parte de los Derechos Humanos. Han seguido las Conferencias de Pekín (1995) y Pekín +5 (2000), ratificando y ampliando dichos Derechos hasta llegar 2008 en donde se celebraron la Conferencia Internacional sobre Derechos de las Campesinas y Campesinos en Yakarta y la Reunión de la Asociación por los Derechos de la Mujer y el Desarrollo (AWID) en Ciudad El Cabo, Sudáfrica.

Todas han sido para convocar a los países del mundo, a fijar sus objetivos en las circunstancias en las que la mujer vive o sobrevive y como en un esfuerzo internacional se intenta y se promueven, sus Derechos y su desarrollo, lo que repercute en las condiciones de inicio del embarazo, su evolución y resolución, evitando la MM o al menos reduciéndola.

La OMS establece que “la muerte de una mujer durante el embarazo o el parto, no solo es un problema de salud, sino también una cuestión de injusticia social”.

Se acepta cuatro categorías de Derechos Humanos relacionados con la Maternidad sin riesgos:

- 1- Derechos relacionados con la vida, libertad y seguridad de la Persona.
- 2- Derechos relacionados con el fundamento de la familia y de la vida familiar.

- 3- Derechos relacionados con la Atención a la Salud y los beneficios de los progresos científicos, con inclusión de la información y educación sobre la Medicina.
- 4- Derechos relacionados con la Igualdad y la No Discriminación.

Dentro de los que establece:

- a- la obligación de los Gobiernos para asegurar el acceso a la Atención a la Salud adecuada en el embarazo, parto y puerperio; y a acceder al Derecho de las Mujeres, a cuando van a tener hijos (tiempo y frecuencia); las estructuras de Gobierno basadas en economía, decisiones jurídicas, sociales y de salud, que aseguren los Derechos fundamentales de la Mujer.
- b- el Gobierno y su estructura asegura ese acceso a los Servicios de Salud; servicios, medios, bases jurídicas, para que las mujeres puedan crear una familia y disfrutar de una Vida Saludable en su seno.
- c- estos Derechos imponen la obligación a los Gobiernos de, además de facilitar y asegurar el acceso a los Servicios de Salud, favorezcan la Salud Sexual y Reproductiva, apoyar la Maternidad Sin Riesgo, en que se aplique desde la Atención Primaria de la Salud hasta los medios científicos/ tecnológicos, que apoyen la Salud de la Mujer, entre los cuales debe comprender la Planificación Familiar, el Aborto, la Educación Sexual.
- d- el acceso a la Educación de las mujeres y la Atención a la Salud sin discriminación por sexo, estado civil, edad, nivel económico, asegurar la independencia, fortaleza y decisión de la mujeres fuera del control del varón; la protección de las Mujeres Adolescentes y Jóvenes para decidir por sí mismas, fuera de la autorización parental, haciendo hincapié sobre la no asignación de recursos, intereses, prioridades para atender las necesidades de las mujeres y garantizarlas; favoreciendo las leyes, su aplicación y el ejercicio real de los Derechos Humanos.

FACTORES COLATERALES, SUBYACIENTES, ADYUVANTES O DETERMINANTES DE LA MORTALIDAD MATERNA.

La combinación de factores médico-quirúrgicos y determinantes socio-médicos, como educativos, económicos, culturales, de desarrollo, de cobertura y acceso, los políticos/ ideológicos (persistencia, difusión e incremento del conservadurismo), son determinantes para la persistencia de la MM en un país o población.

Es conocido que en el Mundo las causas de MM son las tres grandes ya señaladas (Hemorragia, Infección, Pre-Eclampsia / Eclampsia) que se hacen dramáticas al crecer el

problema de los Trastornos Hipertensivos del Embarazo, el mal manejo del parto obstruido o las distocias, que llevan al Parto Prolongado y la persistencia del Aborto inseguro o peligroso. Las defunciones maternas responden a causas preexistentes que se agregan o complican el embarazo (aproximadamente en alrededor del 20%), como la Anemia, Desarrollo Incompleto (Madres Adolescentes), deficiencia de Vitamina A, deficiencia de Yodo, carencia de Calcio y otros micronutrientes; Acido Fólico, Hierro, Parasitosis e Infecciones crónicas que deterioran el estado general de la Madre.

La patología sistémica o de gran repercusión como los problemas Cardiovasculares, no siempre diagnosticados antes del embarazo; las Infecciones como la Tuberculosis y ahora el SIDA, que producen cuadros cuya existencia en condiciones normales contraindicarían el embarazo.

ENFRENTEMOS LA REALIDAD.

TODO EMBARAZO CONSTITUYE EN SÍ, UN RIESGO, PARA LA MUJER Y PARA EL PRODUCTO.

El momento de Nacimiento es el más crucial de la vida de un Ser Humano, por estar en juego su sobrevivencia.

La consideración de que el embarazo es un evento fisiológico, en la vida de una mujer, en la actualidad, ha traído como consecuencia un retroceso en la visión de la atención del parto, en especial y ha dejado al desarrollo del embarazo y al puerperio en condiciones de indefección, al pretender, una resolución “natural”.

Las recientes políticas feministas y su influencia en el proceso reproductivo, han conseguido inmovilizar al Médico durante la atención del parto, pretendiendo la “naturalidad” de dicho evento; eliminando, aún en las Normas Oficiales, la participación activa del Médico, lo que conlleva que el parto se pretenda “asistir”, como si se llevara a cabo en zonas desprotegidas, rurales o como hace un Siglo (no tricotomía, no enema evacuante, no canalización de vena, no encamada, no conducción, no episiotomía, no analgesia, rechazo a la anestesia, rechazo y deterioro del prestigio de la cirugía obstétrica, etc.)

La contraparte la constituye el concepto por el manejo del denominado “enfoque de riesgo”, sustentado en el diagnóstico e identificación de la probabilidad de una mujer de presentar una complicación durante el embarazo y asegurarle una atención adecuada. La evaluación de la misma, a través de los años, ha demostrado ser poco realista, no ofrece ventajas de costo/beneficio, sino por el contrario es costosa y en general los indicadores propuestos, no son

útiles para el propósito, ya que las mujeres que presentan complicaciones no mostraron factores de riesgo claro y evidente.

La experiencia internacional ha mostrado en época reciente, que la sola Atención Prenatal no excluye el riesgo, y por tanto no reduce la MM (existiendo complicaciones para las que no hay ni tamizaje ni evidencia confiable como en: (atonía post parto, retención de placenta, embolismo pulmonar).

Los organismos internacionales han emitido diez Mensajes de Acción para una Maternidad Segura. (Cuadro 1)

La integración del concepto de Atención Calificada, rebasa la capacitación del personal, incorpora el *entorno habilitante* que significa que el ámbito para la atención, del nivel de que se trate, cuente con equipamiento, suministros adecuados, normas, medios de comunicación, sistema de referencia y transporte expedito para la resolución del evento obstétrico. Lo cual lleva que esta atención calificada es aplicativa a todas las mujeres que lo necesiten.

La base de lo anterior lo dan: las políticas, leyes, reglamentos que apoyen las acciones de los Médicos y el Equipo de Salud para realizar todas las acciones que salven la vida de las mujeres; con base a un Sistema de Salud, infraestructura, criterios de acción profesional, educación de calidad en la formación, capacitación y a nivel continuo, con mecanismos de supervisión, evaluación y reconocimiento de los servicios de campo y administración que prueben y demuestren en la realidad su eficacia.(Atención Obstétrica de Emergencia)

Por lo anterior, se plantean Nuevos Paradigmas en la Atención Maternal y Neonatal, que tienden a mejorar la capacidad resolutive, adaptación de los servicios de salud a las expectativas, creencias y valores de la población usuaria, lo significa una mayor vinculación entre los profesionales de la salud y la población, con base a sus derechos y necesidades. (Cuadro 2)

De todo lo anterior se puede concluir que la Atención Calificada del parto puede llevarla a cabo el Médico, Enfermeros, Parteras profesionales y otro tipo de personal de salud, siempre que hayan sido calificados en Atención del Parto. Debe adecuarse los conceptos y sistemas al país, cultura, recursos y aceptación de los servicios de salud; la disponibilidad, asequibilidad y acceso de estos servicios son fundamentales.

La política internacional de favorecer la Atención Primaria de la Salud, iniciada hace 30 años en Alma-Ata, no ha dado resultado, en la actualidad, se trata de reactivar a partir de 4 orientaciones de principios básicos de Atención a la Salud: Cobertura Universal, Servicios centrados en las Personas, Políticas públicas centradas en la Promoción y Prevención y por

último, el Liderazgo de orientación Gerencial, que favorezca la equidad, la eficiencia y la eficacia con participación de la Comunidad; tendiente a crear un Sistema Nacional de Salud.

MÉXICO Y LA MORTALIDAD MATERNA.

Como ya se dijo, toca a un mexicano excepcional, cirujano y ginecólogo, Alfonso Álvarez Bravo, a la sazón Presidente de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO 1966), la iniciativa, realización y promoción del Comité Internacional de Mortalidad Materna, a partir de los conceptos, clasificación, objetivos, estructura, índices de MM, se señaló la importancia del registro y la creación de Comités de MM a todos los niveles, desde nacional, regional, institucional y hospitalario, señalando el funcionamiento y papel de cada uno de ellos.

Álvarez Bravo desde el inicio va más allá “no simplemente la elaboración estadística”, “el objetivo principal, abatir la MM, elevar el nivel de atención obstétrica y favorecer que los médicos y las instituciones aprendan no solamente a base de la propia experiencia sino también de la experiencia y los errores de los demás”.

En los 50s se había iniciado el Comité sobre el Cuidado de la Madre y el hijo en Estados Unidos y es entre 1957 y 1964 que la American Medical Association, publica una Guía para el Estudio de las Muertes Maternas.

Pero es a partir de la iniciativa de Álvarez Bravo que se generalizan en el Mundo y se consolida por parte de la OMS en 1987 con la Iniciativa para una Maternidad Saludable de Mahler.

En nuestro país desde 1921 en el 1er. Congreso Mexicano del Niño se propuso la protección de la Madre y el Niño; que en 1929 se realiza con el establecimiento de los Centros de Atención Materno-Infantil y la Casa de Maternidad, ambas realizadas por un visionario Médico de Señoras y Niños, Isidro Espinosa de los Reyes.

En 1930 se reportaba la MM en descenso a casi 60 x 10,000 NV y en 1944 con el surgimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se señala 35 x 10,000 NV.

Para los 70s se formó por acuerdo presidencial el Comité Nacional de MM, el cual trabajó de forma irregular y pronto dejó de funcionar.

En ese mismo período dentro del IMSS y por tanto a nivel nacional, la Sub Dirección de Servicios Médicos, estableció una excitativa para el establecimiento de Comités de MM, a nivel hospitalario, regional intentando tener una visión institucional, que reflejaría lo nacional.

El primer esfuerzo para conocer la MM en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1 de 1960 a 1970 reportan 15 x 10,000 y para la década 1970 a 1980 ya con el traslado a Hospital de Gineco-Obstetricia No.4 fue de 20 x 10,000 NV.

Las cifras reportadas Hospital de Gineco-Obstetricia No.1 del IMSS, para un período reducido (1971-1974) fue 24.55 x 10,000 NV; en comparación con otros hospitales de la misma institución, para el Hospital de Gineco-Obstetricia No.2, 14.47 y en el Hospital de Gineco-Obstetricia No.3 fue 14.38.

En 1984 dentro de la Ley General de Salud se promueve la creación de Comités de Prevención de la MM e Infantil y en esos mismos años surgió el Manual del Comité Nacional de Estudios de la MM y los de los Hospitales de 2do. y 3er. Nivel de la SSA.

En 1985 se registran cifras de 11 a 12 x 10,000 NV y la Dirección General de Estadística había reportado 9.5 en 1980.

Habían surgido esfuerzos para conocer la MM en diversos ámbitos generalmente hospitalarios y estatales. No se tomaron los reportes de Mortalidad de eventos puntuales de Cirugía o de otras maniobras obstétricas, ya que rebasan el objetivo del presente ensayo.

En el Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE de 1961 a 1971 da un índice de 13 x 10,000 NV.

En el Hospital Central Militar de 1968 a 1979 se reporta 25.42 a 15.00.

Un reporte del Hospital de Mujer de 1969 a 1973 varió de 50.91 a 18.68, que se complementará con un nuevo reporte de 1981 a 1983 en donde la cifra va de 38.25 a 32.40.

En un reporte actualizado del Hospital 20 de Noviembre de 25 años de 1961 a 1986 reportan 15.68 x 10,000 NV.

Para el Estado de Nuevo León (2 Hospitales) en 1980 reportan 4.85 X 10,000, la mitad de lo registrado a nivel país (9.5).

En el Hospital de Gineco-Obstetricia de Occidente del IMSS de 1985 a 1989 dan la cifra de 8.01 X 10,000 NV.

En el mismo Hospital de Gineco-Obstetricia de Occidente asociado al Hospital de Especialidades dentro del Centro Médico de Occidente de 1985 a 1996 reportan 64 x 100,000 NV. Un reporte reciente de ese mismo Centro Médico en un análisis de 21 años da 73 x 100,000 NV que compila su experiencia.

En la Ciudad de Villahermosa, Tabasco de 2 Hospitales de 1980-1983 con una revisión de 10,000 expedientes se encontró 9 y 7 x 10,000 NV.

En un esfuerzo de revisión de la evolución de la MM en 1997 se publicó un análisis de 25 años por Trejo Ramírez que mostró tasas de 90.30 a 57.15 x 100,000 NV.

En el IMSS los reportes más recientes 1992-2001, dan una tasa de 47.9 a 36.6 x 100,000 NV., el papel del IMSS solo en Aguascalientes da 26.1 x 100,000 NV de 1990-1999.

En el último reporte del IMSS de 2000 a 2005 muestra una reducción de 39 a 27 x 100,000 NV.

En reporte reciente el Secretario de Salud de México señaló una evolución de la MM de 2006 a 2008 con cifras de 62.58 a 50.8 por 100,000 NV.

La evolución histórica que muestran estos reportes que parecieran disímbolos, orientan a una reducción paulatina y sostenida de la MM, pero a todas luces insuficientes para una Nación como la nuestra, en donde los avances científicos y tecnológicos logrados en el mundo, son accesibles, pero aún no permiten el avance integral que requiere la modificación de un índice esencial de la Salud de la Población y del grado en que la visión médico/ social impacta en la determinación de las políticas de Estado, no solo las de salud.

El análisis de estas políticas de salud de nuestro país, en los últimos años muestra un retroceso en la asignación presupuestal y luego la desaparición del rubro de Mortalidad Materna; ya que las asignaciones presupuestales de “Arranque parejo en la Vida” se fueron de manera discrecional al rubro del Seguro Popular, con lo cual el criterio de otorgamiento para el gasto en Salud Materna de la Población Abierta desapareció y dejó de estar en Agenda, las Estrategias de Reducción de las Tasas de Mortalidad Materna, desaparecen.

Todo ello en un panorama de un País matizado por la desigualdad de la existencia de dos o tres Méxicos, en donde el Norte obtiene niveles cercanos a los países desarrollados, en contraste con los estados del sur que se asemejan a los sub-desarrollados y un grupo de entidades que están en un nivel intermedio en lo geográfico y en el desarrollo. (Grafico 1y 2)

La caída de las políticas de planificación familiar, el olvido de las prioridades en salud como el Ca Cu, intercambiándolo por el Ca Mamario, la falsa creencia de que México está insertado en el grupo de países desarrollados (miembro de la OCDE) y el establecimiento de políticas de tendencia conservadora, ha hecho en los últimos años, se cuestionen los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres, lo que ha impedido el desarrollo natural de avance en todos los órdenes, para la protección de la mujer.

Una muestra es el Embarazo en la Adolescente, en dicho grupo constituye la 4ta. causa de muerte, la marginación, la desigualdad y la pobreza se han acentuado en los últimos 10 años.

El tema de la MM no está agotado en la agenda de la Salud de todos los países.

El embarazo en la mujer no puede verse como un evento fisiológico libre de riesgo, ya que es potencialmente riesgoso en cualquier mujer en cualquier país.

LOS OBJETIVOS DEL MILENIO Y LA MORTALIDAD MATERNA.

El enfoque de la MM en la actualidad es vinculado a las políticas de población y desarrollo, que tienen que ver con el enfoque urbano, el respeto a la lucha de los pobres y a la existencia de núcleos rurales marginados; el empleo del espacio y la existencia de acceso al abastecimiento de agua potable, saneamiento higiénico, ausencia de fuentes de energía y transporte, así como a la existencia de profesionales que puedan otorgar los servicios necesarios para la sustentabilidad de las poblaciones, reconociendo el agregado del fenómeno de la migración, que agrava toda esta visión.

En el año 2000 las Naciones Unidas aprobaron la Declaración del Milenio, para combatir la esclavitud, la pobreza y la deshumanización.

Constituye las aspiraciones del mundo para el beneficio de todas las Personas Humanas y se plasman en 8 Objetivos del Milenio, que deben ser alcanzados en 2015; el Quinto de ellos es Mejorar la Salud Materna, cuya meta es reducir la Mortalidad Materna en tres cuartas partes.

Aún con las cifras más optimistas nuestro país está lejos de alcanzar la meta.

A MANERA DE EPÍLOGO.

-La MM debe verse como un problema médico/ social y enfrentarlo de manera integral, con todos los factores económicos, sociales, culturales, jurídicos, políticos y de salud, que priven en un estado determinado.

-La MM está ligada a la vigencia de los Derechos Humanos y en especial a los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres, su aceptación, vigencia, aplicación y responsabilidad del Estado.

-La política general del Estado repercute en la MM, sobre todo el apoyo a la Planificación Familiar, el respeto a los Adolescentes y los Derechos de los Niños y los Jóvenes, su estado nutricional, leyes en apoyo a las mujeres y a el acceso a la Atención a la Salud.

-La MM está relacionada con el grado de desarrollo de un País.

-Debemos buscar la Atención calificada del Parto.

-No es suficiente la Atención Prenatal, es necesario contar con medios para la Atención Obstétrica de Emergencia.

-La capacitación del Personal de Salud, el acceso a los servicios, la incorporación de los avances científicos y tecnológicos; la formación y la sensibilización de los integrantes del Equipo de Salud a nivel de pre y posgrado y a los Servicios de Salud.

- La ampliación de la gama de integrantes del Equipo de Salud, a nivel profesional y técnico, que esté capacitado para la Atención Obstétrica calificada.
 - Reconocimiento racional de las condiciones de la Atención Obstétrica Calificada en TODOS los ámbitos del país.
 - Aceptación de los Indicadores de Procesos para monitorear, evaluar y toma de decisiones sobre MM. (% de partos atendidos, personal capacitado, número de establecimientos de salud, existencia de Atención Obstétrica de Emergencia, % de complicaciones obstétricas, % de operación cesárea, tasas de letalidad)
 - Aceptación de la Comunidad de los Servicios de Salud.
 - Compromiso del Estado y del Gobierno con la Agenda de la Salud, en especial con la Salud Materno Infantil.
 - Participación de la Sociedad y sus Organizaciones en la Salud de la Mujer-
- Apoyar, favorecer la función de los Comités de Mortalidad Materna, en todos los niveles, regresando a la concepción inicial de otorgarles un nivel ejecutivo para la transformación del proceso de Atención a la Mujer y al hijo, para que se corrijan los errores.

Invierno del 2008-2009.

Los diez Mensajes de Acción del Grupo Interagencial por una Maternidad sin Riesgo

MENSAJE	SIGNIFICACIÓN
Maternidad sin Riesgo: un asunto de Derechos Humanos y justicia social	La mortalidad materna es una injusticia social y no una desventaja de salud.
La Maternidad sin Riesgo como una inversión económica y social	La muerte o la discapacidad de una mujer suponen un enorme costo para el sistema de salud, la fuerza de trabajo, las comunidades y las familias.
Otorgar poder a las mujeres y asegurarles opciones	Hay que eliminar las barreras sociales, económicas y culturales que limitan las opciones de las mujeres y su capacidad de tomar decisiones.
Demorar el matrimonio y el primer nacimiento	El matrimonio y maternidad tempranos restan opciones a las mujeres. El embarazo adolescente implica mayores riesgos para la mujer y el bebé.
Todo embarazo está expuesto a riesgos	Las complicaciones del embarazo y el parto son difíciles de predecir, por lo que no ha resultado efectiva la aplicación del enfoque de riesgo.
Asegurar la atención del parto por personal calificado	Un proveedor calificado debe poder atender la dilatación y el parto normales, reconocer complicaciones, realizar las intervenciones esenciales, comenzar el tratamiento y supervisar la referencia cuando sea necesario.
Mejorar el acceso a servicios de salud materna de alta calidad	Invertir en capacitación y otras medidas para garantizar que los proveedores de salud ofrezcan servicios asequibles y de alta calidad.
Prevenir el embarazo no deseado y los abortos en condiciones de riesgo	Ofrecer servicios de anticoncepción de alta calidad para prevenir los embarazos no deseados, y servicios para prevenir y manejar las complicaciones del aborto realizado en condiciones de riesgo.
Medición del progreso logrado preferentemente mediante indicadores de proceso	Medir regularmente la mortalidad materna es difícil, costoso y consume tiempo. Es más práctico identificar indicadores de proceso y auditar casos de muerte materna.
Forjar alianzas	La maternidad segura debe ser una prioridad política y de gobierno, y también de los proveedores de salud y de la sociedad civil.

FUENTE: Inter-Agency Group for Safe Motherhood. *The Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the Next Decade*. New York: FCI: 1998.

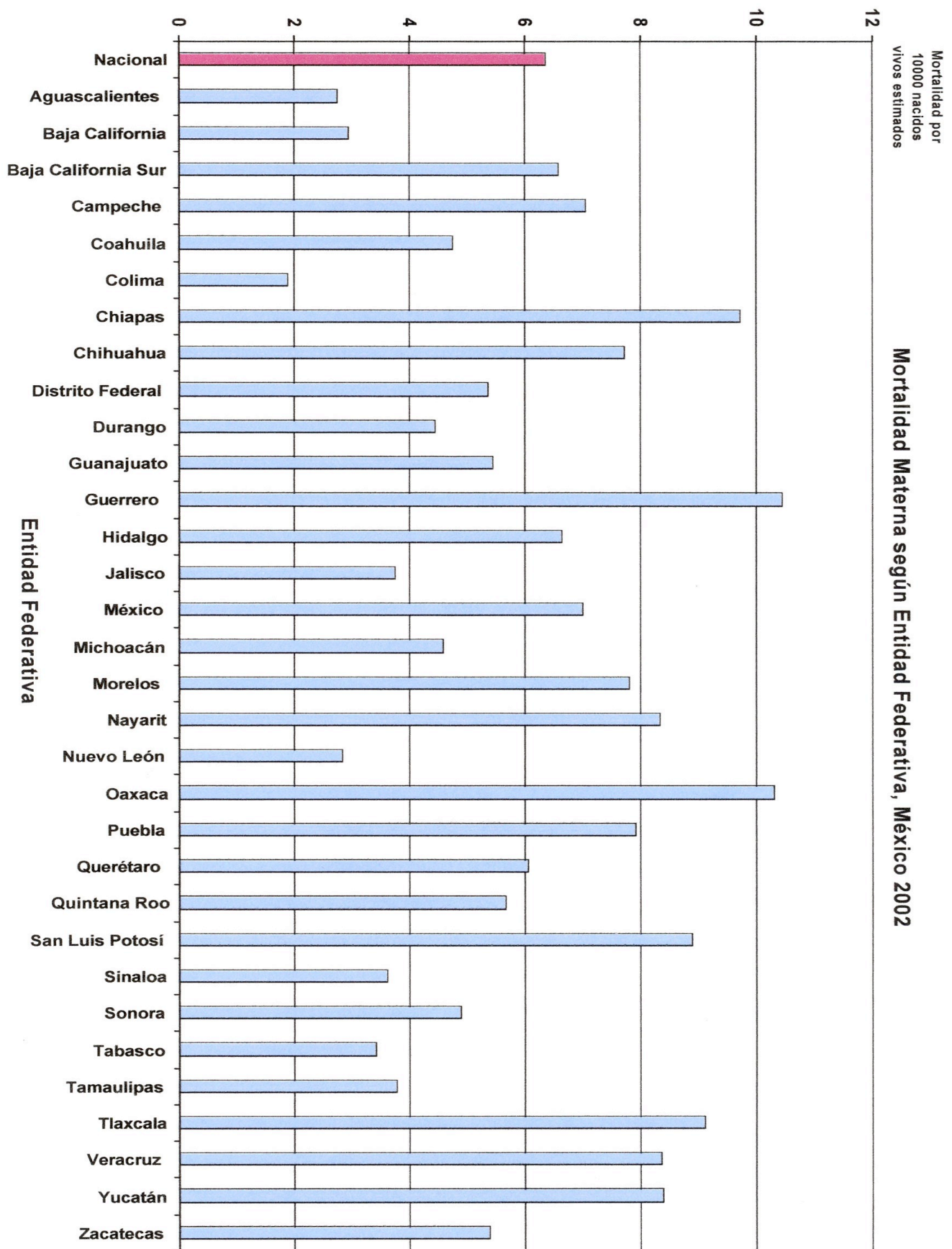
Paradigmas en la atención materna y neonatal

PARADIGMA ANTERIOR	PARADIGMA ACTUAL
<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque de riesgo en la atención perinatal • Atención enfocada solamente en los cuidados prenatales • Preferencia de la atención del parto por proveedores médicos • Capacitación de proveedores, especialmente médicos • Participación condicionada de la comunidad • Extensión de cobertura de programas de salud verticales • Eficiencia • Espectro amplio de cuidados perinatales 	<ul style="list-style-type: none"> • Todo embarazo está expuesto a riesgo • Atención enfocada, además del control prenatal, en el parto, el nacimiento y el posparto • Amplio espectro de proveedores calificados para la atención del parto • Calificación de proveedores formales (médicos y no médicos) • Participación autónoma de la comunidad • Políticas de salud como parte de la responsabilidad del Estado • Eficacia • Cuidados obstétricos y neonatales esenciales

Mortalidad Materna

Entidad Federativa	
Nacional	6.36
Aguascalientes	2.74
Baja California	2.93
Baja California Sur	6.59
Campeche	7.06
Coahuila	4.76
Colima	1.89
Chiapas	9.74
Chihuahua	7.71
Distrito Federal	5.37
Durango	4.44
Guanajuato	5.45
Guerrero	10.43
Hidalgo	6.64
Jalisco	3.76
México	7.01
Michoacán	4.59
Morelos	7.81
Nayarit	8.34
Nuevo León	2.85
Oaxaca	10.31
Puebla	7.92
Querétaro	6.05
Quintana Roo	5.65
San Luis Potosí	8.90
Sinaloa	3.62
Sonora	4.89
Tabasco	3.42
Tamaulipas	3.77
Tlaxcala	9.12
Veracruz	8.37
Yucatán	8.38
Zacatecas	5.38

a/ Tasa por 10 000 nacidos vivos estimados. Fuente: Base de mortalidad INEGI-SSA, 2002 y nacidos vivos estimados de las proyecciones de población 2000-2050 del CONAPO, 2002.



BIBLIOGRAFÍA.

- 1- Uribe Elías, R. La Invención de la Mujer. Nacimiento de una Escuela Médica. Fondo de Cultura Económica. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. México. 2002.
- 2- - Álvarez Bravo, A. Mortalidad Materna. Gaceta Médica Mex.1970;100: 555-563.
- 3- WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank ; Maternal Mortality in 2005.WHO 2007.
- 4- Karchmer, K. s. Mortalidad Materna y Perinatal. Estrategias para disminuirla. En Obstetricia y Medicina Perinatal. Tomo I. COMEGO.A.C. México.2006. 4-7.
- 5- Kúng,H. Proyecto de una ética Mundial. Ed. Trotta 4ª. Valladolid 1998.34-41.
- 6- Habermas,J. et al. La Posmodernidad. Ed. Kairos. 5ª. Barcelona. 1985.
- 7- Bermejo, D. Posmodernidad: pluralidad y transversalidad. Anthropos. Barcelona.2005.
- 8- OMS-FNUAP-UNICEF-Banco Mundial. Reducción de la Mortalidad Materna. OMS. Ginebra. 1999.
- 9- Mármol, J. G., Scriggins, A .L. & Vollman,R .F. History of the Maternal Mortality study Committees in The United States. Obstet. Gynec. 1969.34: 123-138.
- 10- Rochat,R.W. et al. Maternal Mortality in the United States : Report from the Maternal Mortality Collaborative. Obstet. Gynec. 1988.72: 91-97.
- 11- Family Health International. Maternal Mortality is Global problem Network. 1987. 9: 1-9.
- 12- OECD. Growing Unequal: Income Distribution and Poverty in OECD Countries. OCDE, Paris, 2008. Summary 1-8.
- 12- OPS. 26a. Conferencia Sanitaria Panamericana. 54ª. Sesión del Comité Regional. Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Maternas. Washington.2002
- 13- Romo Gamboa, C.E. La Mortalidad Materna Problema de Salud en México. Revista electronica zacatecana sobre Población y Sociedad. 2007.
- 14- Vega Vega G. Evaluación de la Atención Materno Infantil en Cinco Unidades de Medicina Familiar. Salud Publica de México 1993, 35:283-287.
- 15- OMS-UNICEF-UNFPA. La Mortalidad Materna disminuye demasiado lentamente. Boletín 12 de Octubre de 2007.
- 16- Atrash, H.K., Alexander, S. & Berg, C.J. Maternal Mortality in Developed Countries: Not just a concern of the Past.. Obstet. Gynec. 1995; 86: 700-705.
- 17- Rosenfeld, A., Min,C.J. & Freedman, L.P. Making Motherhood Safe in Developing Countries. NEJM 2007; 356: 1395-1397.

- 18- Mojarro, O. et al. Mortalidad materna y marginación municipal. La Situación Demográfica de Mexico. Conapo 2003.
- 19- OPS-UNFPA-UNICEF-Family Car Internacional- Population Council-BID-Banco Mundial-USAID. Atención Calificada del Parto en America Latina. Sta- Cruz de la Sierra, Bolivia. 9-11 de Junio 2003. INFORME 2004.
- 20- OMS-UNFPA. Mortalidad Materna. Actualización. 2002, en especial, ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA. New York, 2003.
- 21- SSA. Dirección General de Salud Materno Infantil. México 1990.
- 22- Uribe Elías, R. y Billings, D.L. Violencia sobre la Salud de las Mujeres. ¿Por qué hoy? Ed. FEMEGO-IPAS. Mexico 2003. 124-126.
- 23- Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial. 1993. INVERTIR EN SALUD. Indicadores del Desarrollo Mundial. Servicios Clínicos. Embarazo y Parto sin riesgo .Washington 1993.
- 24- OMS. Margaret Chan. Informe sobre la Salud en el mundo 2008. “La Atención Primaria de Salud más necesaria que nunca” OMS. Ginebra. 2008.
- 25- Lagercrantz, H. & Slotkin, T.A. The “Stress of Being Born. SCI.Am.1986;254:100-107.
- 26- Kuri, M,P; Anaya, L.L. y Contreras, G. A.K. Evolución Sociocultural de la Mortalidad Materna e México. Epidemiología. 2006.23: 1-4 .
- 27- Karchmer, S. et al. Estudios de Mortalidad Materna en México. Consideraciones Medico Sociales Gaceta Medica Mex. 1975. 109: 63-83.
- 28- Espinosa de los Reyes, S.V.M. Comités de estudio de Mortalidad Materna. Evolución histórica y objetivos. Ginec. Obstet. Mex. 1985,53:237-241.
- 29- Trejo Ramírez, C.A. Mortalidad Materna en el Hospital de la Mujer 1969-1973. Ginec. Obstet. Mex. 1974; 36: 301-326.
- 30- Ruiz Moreno, J.A. et al. Mortalidad Materna en el Hospital Central Militar. Ginec Obstet Mex 1982; 50: 29-33.
- 31- Torre Blanco, J. et al. Algunas Consideraciones sobre la Mortalidad Materna en el Centro Hospitalario “20 de Noviembre” ISSSTE. Ginec Obstet Mex 1971;30:249-259.
- 32- Fragoso Lizalde, D. Comentario al trabajo “ Algunas Consideraciones sobre la Mortalidad Materna en el Centro Hospitalario 20 de Noviembre, ISSSTE” Ginec Obstet. Mex. 1971;30: 261-266.
- 33- Gaviño Gaviño, F. et al. Mortalidad Materna durante 25 años en el Hospital Regional “20 de Noviembre” ISSSTE. Ginec. Obstet. Mex. 1987; 55: 196-199.
- 34- Trejo Ramirez, C-A. Mortalidad Materna en el Hospital de la Mujer de la SSA 1981-1983. Ginec Obstet. Mex. 1985; 53:69-74.
- 35- Chávez Azuela, J. Mortalidad Materna en México. Editorial. Ginec. Obstet. Mex.

1986;54: 135.

- 36- Ayón Lizárraga, J.L. Mortalidad Materna en la ciudad de Villahermosa, Tabasco. *Ginec Obstet Mex*. 1985; 53: 97-99.
- 37- Lozano lizondo, A. Leal Tijrina,G. Gómez C. Mortalidad Materna en Nuevo León 1984. Factores medicosociales. *Ginec Obstet Mex* 1987; 55: 119-127.
- 38- Rodríguez Arias, E.A. et al. Mortalidad Materna en el Hospital de Ginecoobstetricia del Centro Médico de Occidente, IMSS. Revisión de 5 años. *Ginec Obstet Mex* 1991; 57: 269-273.
- 39- Trejo Ramírez, C.A. Mortalidad Materna. Evolución de su estudio en México en los últimos 25 años. *Ginec Obstet Mex* 1997; 65: 317-325.
- 40- Reyes Frausto, S. et al. Maternal Mortality and trend in Mexico (1937-1995) *Archives of Medical Research* 1998; 29:165-172.
- 41- Angulo Vazquez J. et al. Mortalidad Materna en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Centro Médico de Occidente. Revisión de 12 años. *Ginec Obstet Mex* 1999; 67: 419- 424.
- 42- Rosales Aujang, E. Felguerez Flores. J.A. Mortalidad Materna. Un reto del nuevo milenio. *Ginec Obstet Mex* 2002; 70: 502- 509.
- 43- Velasco Murillo,V. Navarrete Hernández E. Mortalidad Materna en el Instituto Mexicano del Seguro Social 1992-2001. *Gaceta Medica Mex. Supl.1* 2003; S17-S22.
- 44- Velasco Murillo,V. Mortalidad Materna: antiguo problema que persiste en nuestra época. Editorial. *Cir Ciruj* 2004; 72: 263-264.
- 45- Velasco Murillo,V. Navarrete Hernández, E. Mortalidad Materna en el IMSS: análisis desde la perspectiva de la morbilidad y la letalidad. *CIR Ciruj* 2006; 74: 21-26.
- 46- Angulo Vazquez J. et al. Análisis de la Mortalidad Materna, en tres períodos, en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico de Occidente. *Ginec Obstet Mex* 2007; 75: 384-393.
- 47- Velasco Murillo,V., Navarrete Hernández, E. De la Cruz Mejía, L. el Descenso de la Mortalidad Materna en el IMSS, 200-2005. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 2008; 46: 211-218.
- 48- UNFPA-ONU. Thoraya Ahmed Obaid. Directora Ejecutiva. Estado de la Población Mundial 2007. Liberar el potencial del crecimiento urbano.New York. Estados Unidos de América. 2007. 1-3,93,97-99.

- 49- ONU. Ban Ki-Moon Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2008.
Objetivo 5. Mejorar la salud materna. 24-27.
- 50- Diaz Echeverría, D.F. Mortalidad Materna. Una tarea inconclusa.
FUNDAR no.3. Centro de Análisis e Investigación.A.C. México.2006.