

Análisis desde un punto de vista feminista sobre la Mortalidad Materna en Mendoza. Elementos para una reflexión crítica.

Sofía da Costa Marques.

Cita:

Sofía da Costa Marques (2015). Análisis desde un punto de vista feminista sobre la Mortalidad Materna en Mendoza. Elementos para una reflexión crítica. XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-061/431>

Título: Análisis desde un punto de vista feminista de la Mortalidad Materna en Mendoza. Elementos para una reflexión crítica.

Autora: Sofía da Costa Marques. CONICET- UNCuyo. sdacostamarques@mendoza-conicet.gob.ar

Resumen: El trabajo analizará, desde un punto de vista feminista, no sólo la evolución de la Razón de Mortalidad Materna (RMM) en Mendoza en los últimos quince años, sino el concepto mismo de Mortalidad Materna. Ésta no puede ser analizada como mero indicador sanitario, sino como cristalización de los conflictos que existen en el campo de la salud respecto de las mujeres; los estereotipos implícitos en dicho campo; el abordaje que, desde las políticas públicas, se hace (y se ha hecho históricamente) de la garantía de los derechos de las mujeres; las desigualdades sociales, económicas, étnicas y culturales que determinan la atención diferencial de la salud; etcétera.

Asimismo, se cuestionará las razones por las que la RMM en Mendoza no ha experimentado una disminución considerable a pesar de los compromisos asumidos por el Estado, lo que habilita la reflexión crítica sobre los controles y regulaciones sobre los cuerpos de las mujeres -traducidos en políticas públicas relacionadas a la salud sexual y reproductiva-, las características del sistema médico hegemónico, y la relación entre sexualidad, reproducción y maternidad.

Palabras Claves: Mortalidad Materna- Regulaciones institucionales- Sistema médico-Feminismo

Introducción

Reconocer que muchas mujeres mueren en eventos relacionados con su vida reproductiva y comenzar a reflexionar sobre las razones por las que esas muertes ocurren requiere, necesariamente, plantear la problemática desde un punto de vista alejado de estereotipos que imponen la maternidad como un destino para las mujeres. Requiere, asimismo, despojarse de los prejuicios que presentan el embarazo, parto y puerperio o bien como un proceso puro y exclusivamente “natural”, por el que las mujeres están “obligadas a pasar” en algún momento de sus vidas, o bien como un momento de debilidad y cuasi enfermedad que hace que requieran de tutela por parte del sistema médico dominante.

La cuestión de la mortalidad materna es uno de los puntos nodales en el que se muestra la relación entre cuerpo y política, pues revela las relaciones entre el estado y las mujeres: el acceso a los derechos, las políticas públicas que se implementan para la garantía de los derechos de los/las ciudadanos/as en razón de la diferencia sexual.

El presente trabajo, pretende abrir un debate necesario acerca de qué elementos atraviesan las vidas de las mujeres. El primer apartado, ofrece una revisión acerca de la consolidación de la medicina como saber dominante respecto de los cuerpos. Posteriormente, se analiza el tema de la mortalidad materna en términos críticos, que buscan romper con las visiones biologicistas y, finalmente, se realiza un repaso por la tasa de mortalidad materna en Argentina y Mendoza a los fines de cuestionar el cumplimiento de los compromisos formales asumidos por el estado nacional respecto de este indicador.

La medicina dominante y los cuerpos de las mujeres.

Junto a la existencia en el mundo de dos sexos separados, encontramos una división que, a lo largo del tiempo, adquirió la apariencia de ser tan natural como la biología misma: la pertenencia de las mujeres al ámbito privado, y la exclusividad de los varones en el ámbito público. La división anterior implica una jerarquización de los sexos: mientras ellas son parte de ese mundo privado, ligado a la reproducción biológica de la especie y a la reproducción social, los varones no sólo se desenvuelven en el mundo público, sino que dominan ambos (Pateman, 1996).

La separación excluyente entre los ámbitos público y privado, vinculados a la división sexual del trabajo y a la pérdida de valor del trabajo de las mujeres, se sitúa históricamente en los tiempos de orígenes del capitalismo. El desplazamiento de las mujeres al ámbito “privado” se operó, precisamente, en el momento histórico en que el concepto de propiedad privada gana fuerza y se convierte en el pilar del nuevo sistema económico. Grandes masas humanas desprovistas de los medios de producción vieron convertidos sus cuerpos en máquinas de trabajo, la economía se monetarizó y el trabajo se transformó en trabajo asalariado, con lo que el salario adquirió una nueva connotación: pasó a ser fundamental para la supervivencia. Se dejó establecido así que el trabajo asalariado es productivo y creador, y se excluyó a las mujeres del mismo, orientándolas de manera privilegiada a ocuparse de los temas referidos a la reproducción biológica y social de la especie (Federici, 2010). Esta reducción del trabajo femenino al ámbito doméstico y la invisibilización consiguiente de dicho trabajo implicó la dependencia,

prácticamente absoluta, de las mujeres respecto de los varones para la supervivencia, mientras que su rol en la sociedad quedó atado a la reproducción social en el marco de la familia monogámica, heterosexual y patriarcal.

La asignación diferencial de funciones a varones y mujeres está anclada en una asignación diferencial de valor a sus cuerpos. Mientras que los cuerpos de los varones se transformaron en máquinas de trabajo para satisfacer las necesidades del sistema capitalista, los cuerpos de las mujeres se convirtieron en productores de mano de obra. Éste requirió no sólo intervenciones específicas, que el Estado materializó a través de leyes y diversas políticas públicas, sino también una transformación en el modo de concebir los cuerpos. Así, la ciencia y la filosofía corrieron el eje de sus estudios y debates para conocer de un modo nuevo a los seres humanos.

El Estado aparece, de esta manera, como un actor fundamental. La vida privada y las decisiones ligadas a ella pueden ser permitidas o prohibidas, facilitadas u obstaculizadas, alentadas o desalentadas, apoyadas o condenadas desde las instituciones públicas. De hecho, existen marcos legales y normativos que regulan el ejercicio de la sexualidad y de la reproducción. Hallamos, por un lado, el derecho como herramienta que permite o prohíbe prácticas y decisiones en cuanto a la sexualidad y a la reproducción, y, por el otro, el saber biomédico que se configura como saber- poder en sentido foucaultiano.

El saber médico estuvo enclavado en esta constelación de “nuevos” saberes fundamentales para asir y reproducir la realidad económica, política y social del capitalismo. La moderna medicina, como disciplina científica preponderante, se erige como poseedora no sólo de “la verdad” acerca de los cuerpos y sus procesos, sino también acerca de las prácticas correctas o incorrectas, normales o desviadas. Tanto la especificidad de su objeto de estudio como la innovación en sus técnicas, permitió el acceso a los cuerpos humanos con una precisión que no ha dejado de crecer a lo largo de estos siglos. Pero la práctica médica no acotó sus límites a los mecanismos del cuerpo, sino que desplegó sus discursos “de verdad” en innumerables reductos de la vida cotidiana que antes no revestían mayor interés social y, mucho menos, científico (Foucault, 2008).

Las cuestiones relacionadas a la sexualidad y a la reproducción son y han sido, espacios esenciales tanto para el Estado como para la medicina. En estos espacios entra en juego no sólo la conservación de la especie, sino también la cantidad de población de los territorios, que se traduce en cantidad de mano de obra disponible o en cantidad de soldados para la defensa del

mismo. Asimismo, la sexualidad y la reproducción exigen un debate acerca de la autonomía de las personas y de la posibilidad de decidir sobre sus cuerpos.

Por estas razones, la vida cotidiana de las mujeres fue convertida en un espacio de control político. No sólo las decisiones respecto de sus cuerpos y su sexualidad fueron puestas en cuestión, sino también sus actividades sociales y públicas. Se vieron, así, expulsadas de ámbitos de los que históricamente habían sido parte, tales como los relacionadas a la curación, la medicina y la atención de partos.

La violenta exclusión de las mujeres del ámbito de los conocimientos médicos implicó la masculinización de la medicina. Los varones se apropiaron de ese saber, lo que fue completamente funcional a las necesidades del sistema capitalista patriarcal. El saber- poder antes mencionado, fundamental para la consolidación del modo de producción capitalista, no carece de sexo y género: el saber médico moderno es un campo netamente masculino (Erenreich & English, 1998).

Si bien hoy en día, las universidades están abiertas para las mujeres y éstas son, incluso, mayoría en el ámbito médico, la hegemonía sigue en manos de los hombres, pues son quienes controlan los mecanismos de decisión y tienen los puestos jerárquicos, tanto en lo relativo al sistema de salud como respecto de las instituciones formadoras, como las universidades. En estos espacios es muy difícil localizar perspectivas críticas: el modelo médico hegemónico, que concibe la práctica médica a partir de un modelo corporal masculino pensado como universal y desconoce los efectos políticos de las diferencias entre los sexos, se replica de manera inadvertida. Esta realidad implica la continuidad de ese saber- poder que garantiza discursos y prácticas que sostienen el status- quo de la división sexual del trabajo y de los roles y disposiciones del capitalismo patriarcal.

Pensar en clave feminista la historia del sistema médico dominante, permite analizar críticamente las prácticas y discursos institucionales sobre las mujeres y los procesos reproductivos. Esto es central a la hora de reflexionar sobre mortalidad materna, alejándonos de interpretaciones simplistas, vinculadas netamente a los procesos biológicos/ fisiológicos de embarazo, parto y puerperio.

Muertes de mujeres en eventos reproductivos.

En el presente trabajo, se analizará la Mortalidad Materna (MM) como fenómeno complejo, no como mero indicador de salud, sino como cristalización de los conflictos que existen en el

campo de la salud respecto de las mujeres; los estereotipos implícitos en dicho campo; el abordaje que, desde las políticas públicas, se hace (y se ha hecho históricamente) de la garantía de los derechos de las mujeres; las desigualdades sociales, económicas, étnicas y culturales que determinan la atención diferencial de la salud; etcétera (Pérez Chávez, 2007).

Es de suma importancia tener en cuenta los supuestos que cada definición implica. En la denominación “Mortalidad Materna” subyace la identificación entre mujer y madre. Es decir, aquí también está presente uno de los estereotipos más arraigados de la sociedad capitalista patriarcal (mujer= madre). Tal como señala Katty Pérez Chávez:

“Esta problemática que afecta directamente a las mujeres en edad fértil no se refiere a todas ellas, ni a la muerte de mujeres madres. Se refiere exclusivamente a la mortalidad que ocurre durante un período gestacional incluido el período posparto, si lo hubiera. Hablamos entonces de una gestación que pudo ser la primera para una joven de 15 años o la cuarta para una mujer de 35, en cuyo caso sí es preciso comprender el impacto de estas muertes en términos de desamparo infantil” (Pérez Chávez, 2007, pág. 16).

Por esta razón, consideramos que sería apropiado acuñar un nuevo término que dé cuenta de las muertes de mujeres en eventos reproductivos. Esta propuesta excede los alcances del presente trabajo, dado que implicaría una revisión teórica exhaustiva; pero consideramos importante dejar planteada la crítica. Al mismo tiempo, la literatura médica, las estadísticas oficiales, ya sean nacionales o internacionales, y los trabajos especializados, utilizan mayoritariamente el concepto “mortalidad materna”. Éste se define como “La mortalidad “materna” se define como la muerte de una mujer durante el período de embarazo y hasta 42 días después del parto, a raíz de causas relacionadas con el estado de gravidez o agravadas por la gestación” (Faúndes & Barzelatto, 2005, pág. 65).

Para lograr un punto de vista que dé cuenta de la complejidad de esta noción, es importante considerar que existe una visión dominante, anclada en el estereotipo mujer=madre, que marca una determinada forma de relación entre la sexualidad, la reproducción y la maternidad. Por esto el concepto de Mortalidad Materna reviste una gran importancia e implica la cristalización de los conflictos en torno a los cuerpos de las mujeres, que condicionan el acceso real de las mismas al

derecho a tomar decisiones, libre y responsablemente, acerca de sus sexualidades y sus cuerpos, al mismo tiempo que refleja el acceso diferencial a servicios de salud de calidad, lo que significa, en última instancia, un acceso diferencial al derecho a la salud.

El modo en que cada mujer puede enfrentar los riesgos implicados en el embarazo, el parto y el puerperio no habla sólo de una trayectoria personal, sino de cómo esa trayectoria personal se imbrica en un tejido cuyas tramas son económicas, sociales, culturales, educacionales, étnicas, etcétera. En este tema hay un abismo entre las posibilidades que brinda la Ciencia Médica y la Obstetricia, en tanto saberes dominantes en el campo de la reproducción biológica, y el acceso real de las mujeres a dichas posibilidades.

Las/os autoras/es que trabajan el tema, así como los organismos internacionales que se ocupan de temas de salud, coinciden en que la mayor parte de las muertes de mujeres en eventos reproductivos son evitables.

“Las muertes maternas son evitables. Las intervenciones para prevenir sus causas más frecuentes están probadas, disponibles y son costo-efectivas. Los países que han conseguido disminuirlas han adoptado medidas globales, tales como:

- La planificación familiar para la prevención del embarazo no deseado.
- El manejo apropiado del embarazo de alto riesgo (diabetes, hipertensión y anemia).
- El mejoramiento de los estándares y prácticas de personal calificado para el manejo del parto basado en evidencias: uso del partograma, prácticas asépticas, procedimientos manuales (remoción de placenta y reparación de episiotomía) y drogas para tratar la sepsis, la eclampsia y las hemorragias, intervenciones quirúrgicas (cesáreas) y anestesia.
- La provisión de abortos seguros y el tratamiento de sus complicaciones cuando han sido realizados en condiciones riesgosas.
- La vigilancia de las muertes maternas para monitorear su evolución, distribución, determinantes y causas, evaluar el impacto de las intervenciones y realizar las acciones necesarias” (Ramos & Romero, 2004, pág. 26).

El hecho de que sean muertes evitables pone el acento en la cuestión de quiénes son las mujeres que mueren por causas relacionadas al embarazo, parto y puerperio. ¿Qué mujeres tienen más probabilidades de morir en este proceso? Para responder esta pregunta se requiere pensar en un concepto de salud que rebase los límites de lo meramente fisiológico. En qué situación una mujer queda embarazada, su edad, su lugar de residencia, su nivel educativo formal, su inclusión en el mercado de trabajo (y las condiciones en que dicha inclusión tiene lugar), la cantidad de personas que tiene a cargo, son algunos de los elementos que se ponen en juego en un concepto de salud amplio y crítico del reduccionismo biológico. Incluso, algunas autoras hablan que la mortalidad materna puede considerarse un “indicador de la desventaja social de las mujeres”, dado que hay una desigual distribución de los riesgos de enfermar y morir relacionados con la capacidad reproductiva de las mujeres (Ramos & Romero, 2004).

Mortalidad Materna en Mendoza

El objetivo de analizar las razones de mortalidad materna en Mendoza es abrir el debate acerca de su evolución, cuestionando lo que las estadísticas dicen y aquello que callan.

De acuerdo a los datos brindados por la Organización Mundial de la Salud, el 99% de las muertes maternas y gestacionales ocurre en los denominados “países en desarrollo”. Si bien entre 1990 y 2010 ha habido una enorme disminución de la cantidad de MM, cada día mueren en el mundo alrededor de 800 mujeres por causas relacionadas al embarazo, parto y puerperio (Organización Mundial de la Salud, 2015). Esta enorme caída en la Razón de MM, puede vincularse a que éste es uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de Naciones Unidas, por lo que la mayoría de los países (entre éstos, el nuestro) se han comprometido a implementar políticas efectivas para disminuir la cantidad de mujeres que mueren en eventos relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio. Sin embargo, es importante tener en cuenta que muchas veces los Estados encuentran estrategias metodológicas para que las estadísticas oficiales muestren los números necesarios a los fines de cumplir con las exigencias de los Organismos Internacionales. Es decir, el compromiso asumido por los Estados para con dichos organismos no se traduce necesariamente en respeto de los derechos. Existe una diferencia sustancial entre la conquista de un derecho humano y el respeto a la dignidad del /la sujeto, y esa diferencia fundamental es inasequible para las estadísticas.

En el año 2000, los representantes de ciento ochenta y nueve países se reunieron en la denominada “Cumbre del Milenio” y fijaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio a alcanzarse

para el año 2015. Previamente se ha hecho referencia a dichos objetivos, por lo que en el presente capítulo no se volverá ampliamente sobre ellos. Simplemente se los retomará a los fines de recordar los compromisos asumidos por nuestro país a nivel internacional respecto de la disminución de la Mortalidad Materna. El Objetivo número 5 es mejorar la salud materna, y en la meta número 6, incluida en el mismo, se plantea la disminución en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, de la tasa de mortalidad derivada de la maternidad. Es fundamental tomar en consideración lo anteriormente expuesto acerca de que el mejoramiento en las estadísticas no significa, necesariamente, un avance en la situación real de las mujeres respecto de sus derechos. Sin embargo, el análisis de los indicadores permite, al menos, un acercamiento al estado de situación respecto de esta problemática.

Es importante aclarar que, a pesar de que usualmente figura en las estadísticas oficiales como “Tasa de Mortalidad Materna”, sería más adecuado hablar de Razón, dado que una Tasa establece una relación entre la totalidad de una población determinada y una parte de la misma población, mientras que la Razón es una relación entre dos poblaciones (Pérez Chávez, 2007). En el presente trabajo, para realizar la interpretación de las cifras de MM se utilizará el término propuesto por la fuente citada en cada caso, es decir que será muy probable hallar Tasa de Muerte Materna y Razón de Muerte Materna como sinónimos.

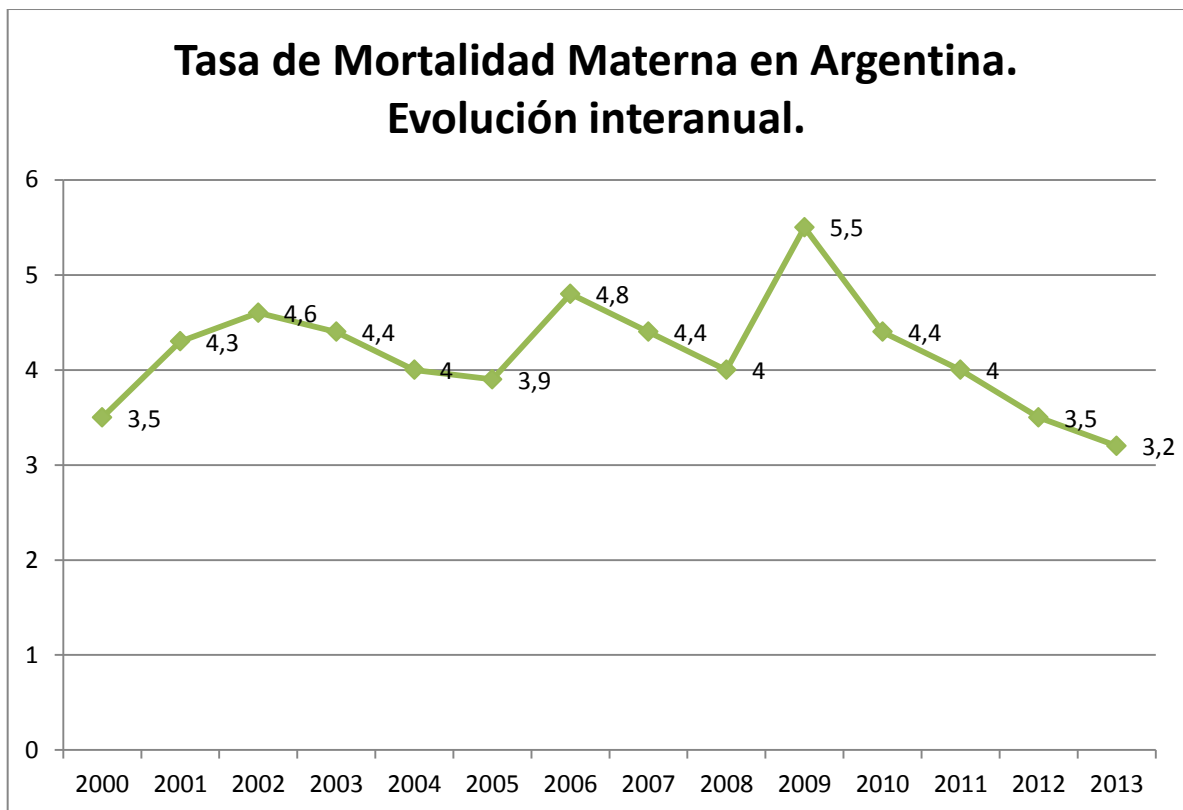
Por lo general, para la presentación de los datos del país y la provincia, la Razón de MM se calcula cada 10.000 Nacidos Vivos. En las estadísticas internacionales, para presentar indicadores regionales o mundiales, el cálculo se realiza cada 100.000 Nacidos Vivos (Dirección de Estadísticas e Información de la Salud, 2015).

La fórmula que se utiliza para calcular la Razón de MM es la siguiente:

$$\text{Tasa anual de MM} = \frac{\text{Nro.de defunciones por causas maternas acaecidas en la población femenina de un área geográfica dada durante un año dado}}{\text{Nro. de nacidos vivos registrados en la población del área geográfica dada durante el mismo año}} \times 10.000$$

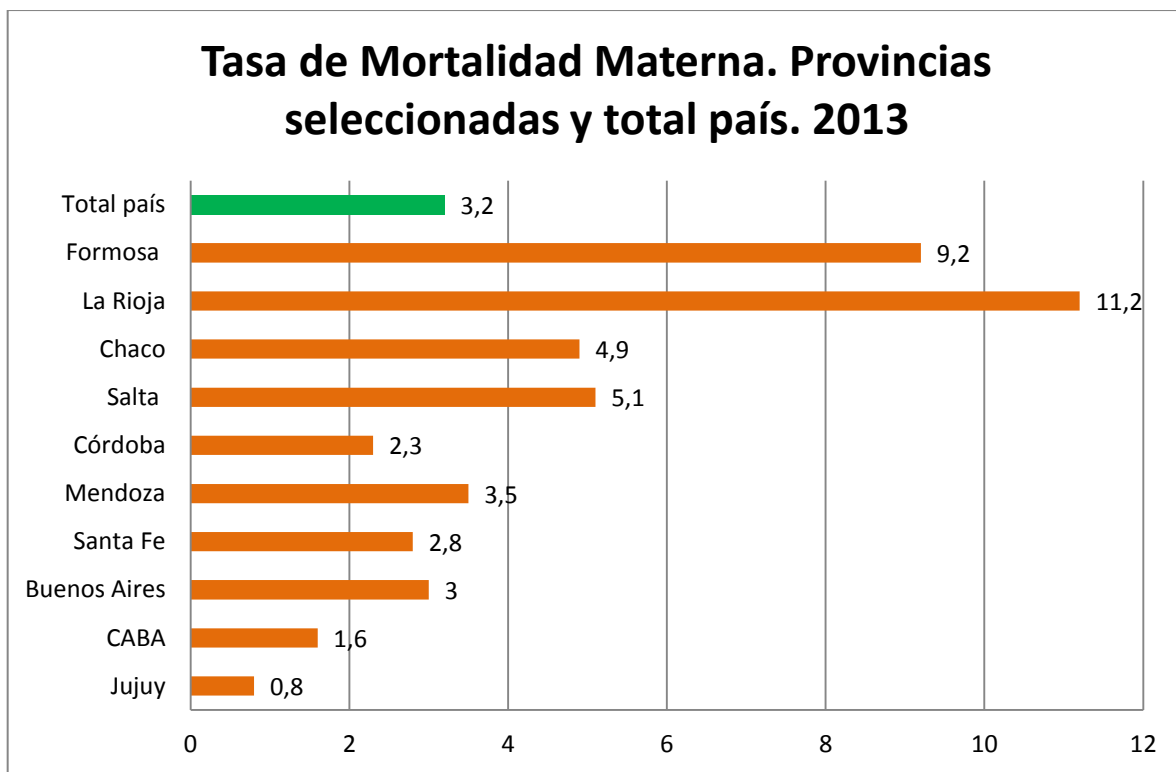
Respecto de las causas de MG y M, se pueden señalar dos grupos de causas: las causas obstétricas directas y las causas obstétricas indirectas. Entre las primeras se pueden encontrar: el aborto provocado en condiciones inseguras, las hemorragias, las infecciones/ sepsis y, por último, los trastornos hipertensivos durante el embarazo. Respecto de las segundas, se puede decir que incluyen todos aquellos cuadros clínicos que no se presentan exclusivamente por la ocurrencia de la gestación y el parto, pero que se agravan por éstos (Ramos & Romero, 2004).

A continuación se presentarán cuadros que recogen la tasa de MM, a los fines de abrir el debate acerca de su evolución.



Cuadro de elaboración propia. Fuente (Dirección de Estadísticas e Información de la Salud, 2015)

La TMM a nivel nacional se calcula a partir de las tasas presentadas por las provincias, de lo que puede deducirse que ésta esconde grandes desigualdades al interior de la Argentina respecto del indicador en cuestión. A continuación se presenta un gráfico que recoge la TMM en algunas provincias seleccionadas y el total del país a los fines comparativos.

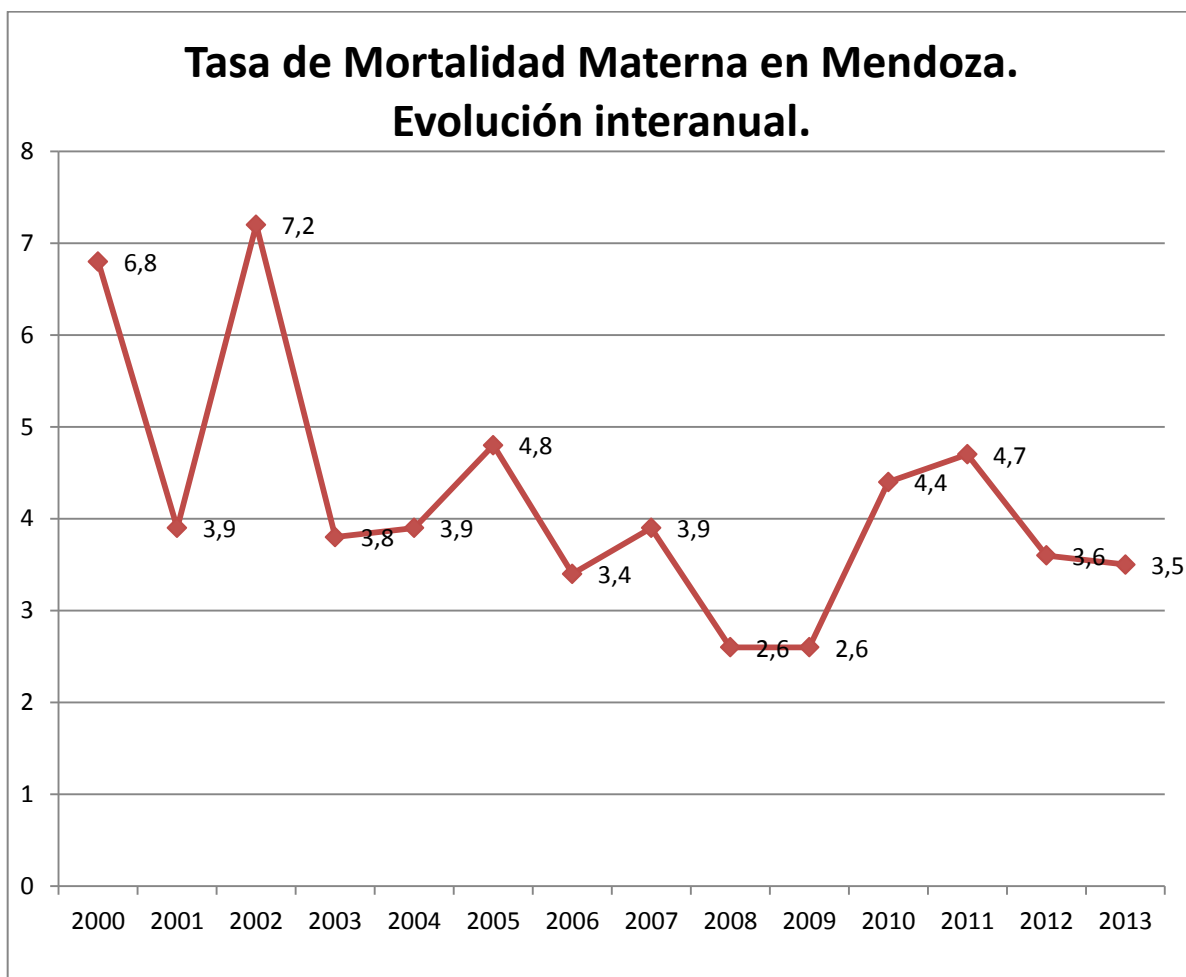


Cuadro de elaboración propia. Fuente (Dirección de Estadísticas e Información de la Salud, 2015)

¿Cómo se traduce esta desigualdad estadística? Una mujer en La Rioja tiene, aproximadamente, un riesgo 14 veces más alto de morir en un evento de su vida reproductiva que una mujer en Jujuy. Mientras que una mujer mendocina corre el doble de riesgo de morir en estas circunstancias que una mujer oriunda de CABA. Por esta razón es fundamental pensar la MM como una cuestión de derechos humanos. O, más bien, como la consecuencia fatal de la falta de acceso de las mujeres a sus derechos sexuales y reproductivos. “Las diferencias regionales son tan profundas que desmarcan el promedio para construir un mapa de varios países en un solo país. La mortalidad materna refleja el grado de desigualdad de las posibilidades de las mujeres de vivir o morir según las condiciones económicas y regiones del país” (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 2012) .

¿Cómo se encuentra nuestra provincia en este contexto? El siguiente gráfico presenta la evolución de la Razón de MM en Mendoza desde 2000 hasta 2013. En el mismo se presenta la Razón por año. Tal como presenta el gráfico, se dio una ligera disminución en la Razón de MM, fundamentalmente a partir del período 2002- 2004. Sin embargo, resulta llamativo que, luego de un descenso muy marcado en el trienio 2006- 2008, la Razón de MM comenzó un lento pero

sostenido aumento, que se mantiene hasta 2011. Los dos años siguientes presentan una disminución de la tasa casi en un punto porcentual.



Cuadro de elaboración propia. Fuente (Dirección de Estadísticas e Información de la Salud, 2015)

La provincia de Mendoza presenta TMM muy desiguales, con una amplia variación en cortos períodos de tiempo. Si bien disminuyó en los últimos dos años medidos, se sitúa por encima del índice a nivel país. Esta situación nos obliga a discutir qué elementos se ponen en juego para mejorar este indicador, puesto que es evidente que los compromisos internacionales no redundan, necesariamente, en una disminución significativa de la tasa.

La TMM funciona como “fotografía”, por lo que es imposible deducir sólo a través del análisis estadístico qué elementos económicos, sociales, burocráticos y sanitarios se combinaron para que el indicador varíe en uno u otro sentido. Sin embargo, si seguimos la perspectiva

planteada en el apartado anterior, y pensamos la MM como cristalización de los conflictos que existen en el campo de la salud respecto de las mujeres, ésta aparece como la puerta de entrada al análisis de dimensiones mucho más complejas: características del sistema sanitario, características de la atención de salud sexual y reproductiva de las mujeres, prácticas y discursos vinculados a su vida reproductiva, etcétera.

Conclusiones

Si bien el país ha asumido compromisos internacionales para la disminución de la MM, la revisión de los datos proporcionados por el Ministerio de Salud hace pensar que el cumplimiento de los objetivos del milenio se halla aún muy lejos. Ni la provincia ni el país están a la altura del compromiso asumido respecto de la disminución, en tres cuartas partes, de la cantidad de muertes maternas.

El Estado argentino, ha contraído el compromiso de mejorar las condiciones en que las mujeres viven sus vidas sexuales y pasan por los procesos relacionados al embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, el indicador de mortalidad materna no presenta variaciones considerables. ¿Será que ciertas significaciones, como la centralidad de la maternidad persisten con fuerza en los imaginarios sociales? ¿Será que la resistencia de las instituciones y prácticas establecidas es aún muy fuerte? ¿Será que los derechos de las mujeres están siempre en estado de incertidumbre? ¿Será que el control sobre los cuerpos de las mujeres es más importante que sus propias vidas?

Abrir un debate alejado de los estereotipos, analizar críticamente de qué hablamos cuando hablamos de salud de las mujeres y revisar las prácticas de la institución médica dominante aparece como fundamental para lograr una comprensión más acabada del fenómeno de la mortalidad de mujeres en eventos relacionados al embarazo, parto y puerperio.

Alejarnos de visiones que presentan los procesos reproductivos de forma normativa y proponer una mirada abierta y crítica sobre cómo las mujeres atraviesan por dichos procesos, permite facilitar una discusión necesaria acerca de por qué las mujeres siguen muriendo.

Bibliografía

Organización Mundial de la Salud. (19/06/2015 de Junio de 2015). *http://www.who.int*.

Recuperado el 19 de Junio de 2015, de *http://apps.who.int/iris/handle/10665/167087*

- Dirección de Estadísticas e Información de la Salud. (01 de Junio de 2015).
www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos. Recuperado el 01 de Junio de 2015, de
www.deis.gov.ar: <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/Boletin134.pdf>
- Erenreich, B., & English, D. (1998). *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras*. Barcelona: La Sal Ediciones.
- Faúndes, A., & Barzelatto, J. (2005). *El drama del aborto. En busca de un consenso*. Bogotá: Tecrer Mundo Editores.
- Federici, S. (2010). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- Foucault, M. (2008). *La historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Pateman, C. (1996). Críticas feministas a la dicotomía público/privado. En C. Castells, *Perspectivas feministas en teoría política* (págs. 31-52). Barcelona: Paidós.
- Pérez Chávez, K. (2007). *Decisiones y omisiones en salud sexual y reproductiva. El problema de la mortalidad materna en Argentina*. Buenos Aires: Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorrini.
- Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. (01 de Diciembre de 2012).
www.msal.gov.ar. Recuperado el 01 de Junio de 2015, de *www.msal.gov.ar/saludsexual*:
http://www.msal.gov.ar/saludsexual/pdf/Primer_Semestre_2010_07_10.pdf
- Ramos, S., & Romero, M. y. (2004). *Para que cada muerte materna importe*. Buenos Aires: CEDES.