

Las del Milenio y la Mortalidad Materna.

Mariana Romero.

Cita:

Mariana Romero (2005). *Las del Milenio y la Mortalidad Materna. VIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Tandil.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/viiijornadasaepa/1>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eY7r/udD>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

ESTUDIO COLABORATIVO MULTICÉNTRICO: MORTALIDAD MATERNA EN LA ARGENTINA: DIAGNÓSTICO PARA LA REORIENTACIÓN DE POLÍTICAS Y PROGRAMAS.

Mariana Romero
Silvina Ramos¹

Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)
Sánchez de Bustamante 27 - Ciudad de Buenos Aires
mromero@cedes.org
Tel/Fax: (011) 4865-1704/1707

RESUMEN

Este artículo presenta resultados de una investigación sobre mortalidad materna (MM) en Chaco, Formosa, Mendoza, San Juan, San Luis y Tucumán. El propósito de la investigación fue abordar en forma integral "el camino de la muerte materna": desde la dinámica de los factores personales, familiares y comunitarios donde ocurre el embarazo y el parto, la accesibilidad a los servicios de salud y la calidad de las prestaciones brindadas por el sistema de salud a la mujer, hasta la modalidad de notificación, codificación y registro de las MM. El estudio contó con el apoyo de la CONAPRIS / Ministerio de Salud y Ambiente, el FNUAP y OPS. La metodología fue de carácter cuali-cuantitativo. La investigación se organizó en cuatro componentes: 1) revisión de informes estadísticos de defunción e historias clínicas; 2) estudio caso-control; 3) autopsias verbales; e 4) indicadores de contexto. Se utilizaron fuentes secundarias (bases de datos del INDEC, informes estadísticos de defunción e historias clínicas) y primarias (autopsias verbales). Los resultados indican un subregistro menor al estimado y un aumento del riesgo de MM cuando la institución no contaba con atención obstétrica esencial. Se identificaron problemas en la atención de la emergencia: errores en el diagnóstico, tratamiento ambulatorio sintomático y demoras en la derivación. Finalmente, entre las mujeres que interrumpieron su embarazo, la búsqueda de atención estuvo demorada y la falta de involucramiento del varón en las decisiones reproductivas y la violencia dificultaron el uso de anticonceptivos para evitar embarazos no deseados.

¹ La versión completa de esta investigación puede consultarse en: Ramos S, Romero M, Karolinski A, Mercer R, Insua I y del Río Fortuna C. *Para que cada muerte materna importe*. Con la colaboración de Agolti G, Althabe F, Amenábar S, Cardello C, Federico O, Molinas M, Romano F y Sotelo M. CEDES, Buenos Aires, 2004.

1. Introducción :

1.1 Planteo del problema

A semejanza de otras cuestiones de la salud pública en la Argentina, la problemática de la salud reproductiva está profundamente marcada por desigualdades de género, sociales y generacionales que trazan riesgos médico-sanitarios diferenciales y expresan la estructura de oportunidades que la sociedad y el Estado brindan a sus ciudadanos. En este sentido, el perfil epidemiológico de la salud reproductiva en el país refleja marcadas diferencias sociales y regionales en la distribución de sus indicadores más importantes. Los niveles de fecundidad, embarazo adolescente y mortalidad materna muestran una distribución diferencial según nivel socioeconómico y jurisdicción, afectando de manera más pronunciada a las mujeres más jóvenes, las más pobres y las mujeres con menor nivel de educación, y en especial a las que residen en zonas rurales.

Por otro lado, nuestro país presenta indicadores de salud reproductiva que no se condicen con otros indicadores de desarrollo económico-social del país. Por ejemplo, el gasto en salud per cápita y el producto bruto interno que históricamente han sido más elevados que en otros países de la región, no se correlacionan con los indicadores de mortalidad infantil (16,6 por 1.000 nacidos vivos) y de mortalidad materna (4,3 por 10.000 nacidos vivos) (Ministerio de Salud, 2002). Esta situación ubica a la Argentina en una posición rezagada respecto de otros países de América latina que, con menor gasto en salud por habitante y menor PBI, logran mejores indicadores de salud materno-infantil.³

La razón de mortalidad materna es relativamente alta en la Argentina respecto de otros países de la región. En el período 1992-2002, la razón de mortalidad materna (RMM) no mostró cambios. En 1992, la RMM era del 4,8 por 10.000 NV y en el 2002 fue de 4,6 por 10.000 NV. Sin embargo, la brecha entre jurisdicciones aumentó. A principios de los noventa, la brecha entre la provincia más desfavorecida (Formosa) y la razón nacional era de 2,75 y a comienzos de la siguiente década, la brecha entre la provincia más desfavorecida (Formosa) y la media nacional fue de 3,6. Desde el año 2000 se observa una tendencia creciente en el registro de la RMM (3,9 x 10.000 en 2000; 4,3 x 10.000 en 2001 y 4,6 x 10.000 en 2002).⁴

Si bien la RMM nacional es inferior a la que registran los países clasificados como de "alta mortalidad materna" (5 a 10 muertes por 10.000 nacidos vivos), es suficientemente elevada con relación a otros parámetros que caracterizan a la Argentina, como la baja tasa de fecundidad, el amplio número de mujeres embarazadas que asisten a controles prenatales y el alto porcentaje de partos institucionales, atendidos por personal calificado (Gogna *et al.*, 1998).

Por otro lado, el nivel de la RMM nacional no refleja claramente las fuertes diferencias entre provincias: en el 2001, Jujuy tenía una RMM que cuadruplica la razón nacional (19,7 por 10.000 nacidos vivos); Chaco y Formosa la triplicaban, con 15,9 y 13,9 por 10.000 nacidos vivos respectivamente, y San Juan la duplicaba (8,7 por 10.000 nacidos vivos), mientras que en la ciudad de Buenos Aires la RMM era de 0,9 por 10.000 nacidos vivos (Ministerio de Salud, 2002).

Para el año 2001, la estructura de causas de muertes maternas era la siguiente: 31% por complicaciones de aborto, 53% por otras causas obstétricas directas y 16% por causas obstétricas indirectas (Ministerio de Salud, 2002). Las causas obstétricas directas —directamente vinculadas al estado grávido puerperal y no a morbilidad preexistente— representaban el 84% del total, lo cual indica que se trataba de mujeres sanas que fallecieron por causas sólo relacionadas con el hecho reproductivo. Esta evidencia muestra la existencia de problemas relativos a la cobertura y la calidad de los servicios de prevención y tratamiento que influyen de modo directo en el cuidado de la salud reproductiva: la planificación familiar para evitar el aborto, la calidad de la atención prenatal

³ Por ejemplo, en 1999, Chile presentaba una razón de mortalidad materna de 1,9 por 10.000. En el año 2000, Uruguay tenía una razón de 1,7 por 10.000 y Costa Rica de 2,2 por 10.000. Respecto de la mortalidad infantil, en el año 2000 Chile presentaba una razón de 8,9 por 1.000 nacidos vivos; Uruguay de 14,1 y Costa Rica de 10,2 (Instituto Nacional de Estadística, Uruguay, www.ine.gub.uy; Instituto Nacional de Estadísticas, Chile, www.ine.cl, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Costa Rica, www.inec.go.cr, 2003).

⁴ Desde el año 2001 se incorporó al certificado de defunción una pregunta acerca de la condición de embarazo en el año previo al fallecimiento (ítem 9 del Informe Estadístico de Defunción) con el objetivo de mejorar el registro de las muertes maternas. Según la información provista por la Dirección de Estadística del Ministerio de Salud de la Nación, para el año 2002, del total de los certificados de defunción de mujeres de 10 a 59 años, el 75% no contenía información para este ítem; sólo cuatro provincias reportaron porcentajes de información faltante menores al 50% y el rango de cobertura se ubicó entre el 100% en Mendoza y el 4% en Entre Ríos (véase Anexo C).

para la detección de la hipertensión inducida por el embarazo y preeclampsia y la capacidad resolutoria de los servicios para las hemorragias y las sepsis.

Es importante destacar que según estudios anteriores realizados en algunas jurisdicciones, el subregistro de muertes maternas sería de alrededor del 50% (MSAS, 1987). El primer estudio que estimó el nivel de subregistro de estas muertes fue realizado en 1987, sobre datos de 1985, y se circunscribió a tres aglomerados urbanos (Ciudad de Buenos Aires, Córdoba y Tucumán). Con posterioridad, sólo la provincia de Mendoza encaró un estudio similar para reestimar la mortalidad materna entre los años 1993 y 1995, con el apoyo de UNICEF- Argentina (Estudio de la mortalidad materna. Provincia de Mendoza – Años 1993-1994-1995, INAPSA. Director del Proyecto: Dr. Carlos Cardello). En el primer estudio, el subregistro detectado se debió a que, en algunos casos se ignoraba u omitía el estado grávido/puerperal de la mujer en el certificado de defunción y en el informe estadístico de defunción.

En la Argentina, al igual que en el resto de los países de América latina, el subregistro de la mortalidad materna impide una aproximación real al problema. Es de destacar que en nuestro país, a diferencia de otros en la región, el problema del subregistro tiene que ver con la mala clasificación de las causas y no con la subnotificación de las muertes.

Con relación al aborto, vale recordar que esta práctica es ilegal en la Argentina y que se encuentra tipificada como un “delito contra la vida” en el Código Penal. Allí se establecen dos circunstancias en las cuales “el aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta no es punible”. La primera, “si se ha hecho para evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios”; la segunda, “si el embarazo proviene de una violación o atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente”, requiriéndose el consentimiento de su representante legal (Código Penal, Libro Segundo, Título I, Capítulo I). Los casos de aborto no punible han sido interpretados de manera contradictoria por diferentes tribunales. En la práctica, estos supuestos despenalizadores no se aplican debido a que con frecuencia los médicos se niegan a realizar los abortos en los casos permitidos por la ley sin contar con una autorización judicial. Desde el punto de vista legal, este trámite es innecesario y demora la realización del aborto, sometiendo a la mujer a un mayor sufrimiento y riesgo por su vida.

Respecto de la magnitud del aborto inducido, no hay datos confiables para la Argentina. Algunos especialistas han estimado que se producirían entre 335.000 a 400.000 abortos por año en la Argentina (Checa y Rosenberg, 1996); otros estiman un número total entre 450.000 y 500.000 (Aller Atucha y Pailles, 1996). En cuanto a la morbilidad por aborto, la única aproximación para su estimación puede realizarse a partir de la información sobre egresos por complicaciones de aborto en establecimientos públicos. En 1990, los egresos por esta causa fueron 53.822 en todo el país; en 1995 esta cifra fue similar (53.978). En el año 2000, se registraron 78.894 egresos, lo cual significa un aumento del 46%. En la actualidad, el 33% de los egresos hospitalarios por causas obstétricas —excluyendo el parto normal— se debe a complicaciones de abortos. El notable aumento de los egresos por aborto en los últimos años da cuenta de la alta incidencia del aborto inseguro y permite hipotetizar básicamente dos situaciones. Por un lado, que la crisis económica ha llevado a un mayor número de mujeres a interrumpir el embarazo en condiciones riesgosas, tratándose en algunos casos, de mujeres de sectores de clase media que antes accedían a abortos seguros. Por otro lado, la mayor utilización del aborto farmacológico podría también estar explicando el aumento de las internaciones por aborto debido a que las mujeres acudirían al servicio de salud luego de adoptar este procedimiento.

En el caso de las muertes por complicaciones de abortos inseguros el hecho de que, según muestran algunos estudios, las mujeres que ingresan a los servicios por complicaciones de abortos presentan un estado físico-clínico que no compromete irreversiblemente su sobrevivencia, evidencia la inadecuada capacidad resolutoria y la deficiente calidad de atención de los servicios públicos para atender a estas mujeres y evitar sus muertes (MSAS, 1987). Los estudios también muestran que los servicios no tienen una estrategia sistemática de consejería anticonceptiva posaborto para ayudar a las mujeres a evitar un nuevo embarazo no deseado —y un aborto repetido— en el futuro inmediato. El proceso asistencial de las mujeres internadas en hospitales por complicaciones de aborto está fuertemente condicionado por la situación de ilegalidad y clandestinidad de esta práctica. En este marco, la calidad de la atención se resiente y las mujeres que atraviesan esta situación crítica son con frecuencia víctimas de violencia institucional (Ramos y Viladrich, 1993).

La magnitud de la incidencia del aborto en la Argentina es sumamente preocupante desde el punto de vista de la salud pública y los derechos humanos. En 1997, el Comité de la CEDAW⁵ recomendó revisar la legislación argentina referida al aborto. El Estado no respondió a la recomendación y reforzó una política contraria al mejoramiento de esta situación. Por otra parte, tampoco hubo avances en la aplicación del Plan de Acción de la Conferencia de El Cairo y de su revisión (Cairo+5) relativos a la capacitación y adecuación de los servicios de salud para atender las complicaciones del aborto (CELS; CLADEM; FEIM; ISPM, 2002).

Desde el punto de vista del marco normativo y las políticas públicas, desde mediados de los noventa, a partir de la apertura del debate público que provocó la discusión parlamentaria de una ley nacional de salud reproductiva, y del impacto de los acuerdos internacionales logrados en la IV Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y en la V Cumbre Mundial de la Mujer (Beijing, 1995), se abrieron procesos de discusión y aprobación de leyes de salud reproductiva en diversas provincias y municipios del país. Actualmente, la totalidad de las provincias argentinas (con excepción de Salta y San Juan) y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires disponen de leyes y/o programas de salud reproductiva que reconocen los derechos de las mujeres y los varones a regular su fecundidad e impulsan intervenciones públicas en salud reproductiva como parte indelegable de las responsabilidades del Estado para con sus ciudadanos (Área de Salud, Economía y Sociedad, CEDES, 2003).

En su mayoría, las leyes crean programas o servicios de asesoramiento, atención y provisión de métodos anticonceptivos, detección precoz de cáncer génito-mamario e infecciones de transmisión sexual. Sólo en algunos casos se establecen acciones articuladas con otros sectores como educación o seguridad social. El grado de implementación de cada una de estas disposiciones es muy disímil debido a que en muchos casos los programas enfrentan dificultades de orden presupuestario para financiar recursos humanos asignados a los servicios, compra de anticonceptivos y actividades de promoción, así como también obstáculos institucionales e ideológicos para llevar adelante acciones de este tipo (Cesilini y Gherardi, 2002).

En la actualidad, la situación argentina se caracteriza por presentar una situación altamente compleja y contradictoria en materia de salud sexual y reproductiva. La persistencia histórica de indicadores de morbilidad y mortalidad maternas en valores elevados, la existencia de amplios gradientes por región del país y por nivel socioeconómico ponen de manifiesto la iniquidad de la situación, reflejan los frenos y retrocesos en materia de políticas y programas de salud y expresan situaciones de injusticia social que merecen una intervención decidida e impostergable.

Desde la perspectiva de la salud pública, la razón de mortalidad materna en la Argentina parece estar poniendo de manifiesto la existencia de fallas estructurales en el sistema de atención que posibilitan la ocurrencia de estos eventos evitables. Algunos de estos problemas pueden estar vinculados a la capacidad resolutoria de los servicios, en particular el manejo de la emergencia obstétrica. En otros casos, pueden estar operando problemas de organización del sistema y de accesibilidad a los servicios de salud que comprometen la consulta oportuna.

Luego de casi dos décadas del primer estudio referido más arriba que estimó el nivel de subregistro de las muertes maternas, nuestro país necesitaba una nueva iniciativa que permitiera dar cuenta de la situación actual de la mortalidad materna. Si bien conocemos la estructura de causas y la existencia de factores determinantes asociados a las muertes maternas, consideramos que la contribución del presente proyecto de investigación constituye una posibilidad cierta de construir una amplia base de conocimiento y voluntades tendientes a promover cambios en nuestra realidad sanitaria.

Para finalizar el planteo del problema y abrir al mismo tiempo una reflexión:

“Sabemos que es necesario cortar una gruesa capa de fuerzas interactuantes para poner en marcha una política de salud pública diferente. ¿Quién cree que algo va a cambiar en el corto plazo si no generamos un movimiento enérgico, inspirado y con amplia base? ¿Cómo puede cada uno de nosotros generar ese movimiento?” (Ramos, 2002).

⁵ La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) instituyó un comité permanente con facultades de control, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones asumidas por los Estados parte en el tratado.

Cuando una mujer muere en ejercicio de su capacidad reproductiva resulta necesario no sólo establecer las causas de ese deceso, sino también identificar la cadena de responsabilidades de quienes pudieron evitar esa muerte y no lo hicieron, pues la defensa y garantía de los derechos humanos nos incumben a todos, cualquiera sea la posición que se tenga y el rol que se desempeñe en la sociedad y el Estado.

1.2 La mortalidad materna como problema de salud pública y derechos humanos

En la conferencia inaugural del X Congreso Mundial de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia Psicosomática (ISPOG), en 1990 el Dr. Mahamoud Fathalla afirmó que “Las mujeres mueren dando a luz porque las sociedades no consideran que sus vidas valen el costo necesario para salvarlas. La esclavitud de las mujeres hacia su rol reproductivo y doméstico es responsable por la forma en que la sociedad subestima su valor” (Fathalla, 1992). Para seguir la línea de reflexión que las palabras del Dr. Fathalla inspiran deben tenerse presente básicamente dos consideraciones. En primer lugar, que las muertes maternas son en sí mismas una violación de los derechos humanos de las mujeres y, en segundo lugar, que las muertes maternas son expresión inequívoca de las desventajas económicas, sociales y culturales que padecen las mujeres en nuestra sociedad.

En efecto, detrás de cada muerte materna se esconde una tragedia personal. Esta tragedia puede ser entendida de diversas maneras. Sin duda, se trata de un evento biológico y médico. Es una deficiencia en la capacidad de respuesta del sistema de salud, algunas veces es una responsabilidad familiar y/o comunitaria. Pero multiplicada muchas veces es también resultado de una injusticia social de enormes proporciones. En América latina mueren anualmente 23.000 mujeres por complicaciones del embarazo, parto y puerperio; la amplia mayoría de estas muertes son muertes evitables. En la Argentina, esas muertes ascienden a alrededor de 300 por año. En ese sentido, las muertes maternas son muertes inaceptables y no son un fenómeno natural que golpea azarosamente a las mujeres embarazadas.

Cuando se mira más detenidamente y en profundidad lo que hay detrás de las muertes maternas se descubre un mundo de privaciones de la dignidad humana. No es solamente que la vida y la salud de las mujeres está devaluada; es la intersección de discriminaciones y desbalances de poder entre etnias, clases sociales y grupos de edad, tanto dentro de los hogares como en la comunidad y en la sociedad en su conjunto. Estas discriminaciones están en juego en el largo camino de la muerte materna (Fathalla, 1987; véase Anexo B). Por todas estas razones, la mortalidad materna es una cuestión de derechos humanos.

Mirar el problema de las muertes maternas a través de la lente de los derechos humanos nos permite colocar la dignidad humana como un valor central, identificar la cadena de derechos negados en cada una de estas muertes y conectar el conocimiento que tenemos acerca de sus causas y consecuencias con la actitud proactiva que se debe tener frente a esta situación. Esto último es sin duda un desafío tanto individual como colectivo que puede ser formulado como una pregunta no ingenua: dado todo lo que sabemos acerca de la mortalidad materna, ¿tenemos una obligación moral, ética y legal de actuar en una forma que derive directamente y sea consecuente con lo que sabemos?

La mortalidad materna puede ser entendida como la expresión extrema de la negación de derechos que emerge como la punta de un iceberg. No se trata solamente de la violación de estándares internacionales estipulados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y otras Convenciones Internacionales de Derechos Humanos, como por ejemplo, la Convención sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer - CEDAW (1979), la Convención Americana de Derechos Humanos (1969), el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, sino también de violaciones de los mandatos constitucionales y de leyes internas de nuestro país.

En el nivel del reconocimiento de derechos, la mayoría de los países de América latina (y la Argentina no es una excepción a esto) tiene normas que protegen ampliamente la maternidad. Con frecuencia esas normas no se cumplen plenamente, lo que equivale a decir que las mujeres como embarazadas, parturientas y luego como madres, teniendo derechos reconocidos, no pueden ejercerlos plenamente.

Varios derechos están en juego en cada muerte materna (Cook *et al*, 2001). En primer lugar, el derecho a la vida, la libertad y la seguridad de la persona. Este derecho es violado cuando se produce una muerte evitable, pero también cuando el riesgo de morir se incrementa innecesariamente y se convierte además, en un hecho

constante. En este sentido, la mortalidad materna es una realidad que desafía el derecho a la vida y la seguridad de muchas mujeres, en su amplia mayoría mujeres pobres, jóvenes y de áreas rurales y periurbanas. Para que el derecho a la vida y la seguridad de la persona pueda ser ejercido por las mujeres, se requiere de servicios de salud accesibles y apropiados durante el embarazo y parto, y también, de servicios e insumos que permitan a las mujeres elegir si quieren tener un hijo, cuándo y con qué frecuencia.

En segundo lugar, el derecho a conformar una familia y a tener vida familiar. La mortalidad materna trunca el desarrollo de la vida familiar y pone en riesgo físico y psíquico a los miembros de la familia, en particular a los hijos e hijas que quedan huérfanos. Para que este derecho sea efectivamente ejercido por las mujeres se necesitan servicios sociales de apoyo para formar una familia y disfrutar de la vida familiar. Resulta paradójico que muchas mujeres se vean obligadas a llevar adelante un embarazo y luego no se las proteja socialmente para poder criar al hijo en buenas condiciones.

En tercer lugar, el derecho a la salud y a los beneficios del progreso científico. El desarrollo tecnológico ha puesto a disposición los medios para salvar las vidas de mujeres que sufren complicaciones de un embarazo, parto o puerperio, pero las deficiencias en la organización de los servicios de salud y la baja calificación del personal de salud por un lado, y la desinformación de las mujeres y sus familias así como las barreras geográficas, económicas y culturales para el acceso a los servicios de salud por el otro, son obstáculos clave para acceder al beneficio de esos medios tecnológicos. Para que las mujeres puedan ejercer este derecho deben tener acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad técnica y humana, que incluyen la educación sexual, la asistencia anticonceptiva, el tratamiento de las emergencias obstétricas y el manejo oportuno y de calidad de las complicaciones del aborto inseguro, estrategias cuya eficacia para mejorar la salud y preservar la vida de las mujeres está ampliamente reconocida.

Por último, el derecho a la igualdad y la no discriminación. El status social disminuido y las desventajas de muchas mujeres en materia de menor acceso a la educación formal, oportunidades laborales y poder de decisión dentro y fuera del hogar, y en particular, su menor autonomía en las decisiones acerca de la vida sexual y la reproducción es el escenario no visible de las muertes maternas. Discriminaciones que se acentúan por condiciones de etnia y pobreza y que frecuentemente se expresan con mayor fuerza cuando se trata de mujeres muy jóvenes. Para que las mujeres puedan ejercer este derecho deben tener acceso a servicios (como educación para la salud y atención de la salud) sin obstáculos de ningún tipo relacionados con su edad, estado civil, etnia o sector social, y deben contar con el debido respeto a su autonomía en materia de decisiones reproductivas.

También las muertes maternas son una expresión inequívoca de las desventajas económicas, sociales y culturales que padecen las mujeres. La muerte de una mujer durante el embarazo o el parto es no sólo un problema de salud, sino también una cuestión de injusticia social. Como también nos alerta el Dr. Fathalla *“No sólo porque son mujeres que mueren en la plenitud de sus vidas [...] No sólo porque la muerte materna es una de las formas más terribles de morir [...] pero sobre todo, porque casi todas las muertes maternas son eventos que podrían haber sido evitados, y nunca debería haberse permitido que ocurrieran”* (Fathalla, 1997; citado en M. Berer y S. Ravindran, 1999).

La magnitud de la mortalidad materna puede considerarse un indicador de la desventaja social de las mujeres, y sus determinantes y diferenciales no deben ser tomados aisladamente de su situación en la sociedad, sino que deben ser considerados indicadores de los desequilibrios en la distribución de los riesgos de enfermar y morir relacionados con la capacidad reproductiva distintiva y específica de las mujeres. La división sexual del trabajo, por su parte, hace que los trabajos a cargo de las mujeres sean frecuentemente los peor remunerados y la doble jornada laboral (la jornada de trabajo fuera y dentro del hogar) expone a las mujeres a muchas horas de trabajo, comprometiendo su salud física y psíquica, y creando obstáculos adicionales para que pueda atender su salud en tiempo y forma (Center for Population and Family Health, 1992).

Todos estos factores culturales y sociales contribuyen a reproducir situaciones de desigualdad y discriminación hacia las mujeres e influyen de manera más o menos directa sobre los niveles y los determinantes de las muertes maternas. Como señalan Royston y Armstrong (1989, pag. 45), *“La mortalidad materna no debe ser vista como un evento casual sino como una enfermedad crónica que se desarrolla durante un largo período en la medida en que el resultado de un embarazo está profundamente influido por las circunstancias de la vida de una mujer”*. En las sociedades donde las mujeres tienen un mejor estándar de vida, mayor participación social y

disfrutan de un reconocimiento más amplio de sus derechos humanos, la mortalidad materna es más baja o prácticamente inexistente que en aquellas sociedades donde estas condiciones no son la norma.

Entre los indicadores de salud utilizados internacionalmente, la mayor disparidad entre los países desarrollados y los países en desarrollo es la que se observa en las tasas de mortalidad materna, mayor aún que la de la mortalidad infantil. Las tasas de mortalidad infantil son, en promedio, 10 veces más altas en los países en desarrollo que en los países desarrollados. Las diferencias del riesgo acumulado de muerte materna son aún mayores: 1 en 16 para las mujeres de África; 1 en 160 para las mujeres de América latina y el Caribe; mientras que este riesgo disminuye a 1 en 2.000 para las europeas y 1 en 3.500 para las mujeres de América del Norte (Maternal Mortality in 1995. Estimates developed by WHO. UNICEF, UNFPA, 2001).

En los países desarrollados, la tasas de mortalidad materna ha caído dramáticamente en las últimas décadas. Pero la fuerte reducción de la mortalidad materna observada en estas sociedades no ha sido simplemente el resultado de un mayor acceso a los cuidados obstétricos de calidad. La posibilidad de las mujeres de alcanzar una maternidad segura fue resultado de diversas condiciones sociales entre las cuales, una mejor nutrición, mejores condiciones habitacionales y de trabajo, el acceso a métodos efectivos y seguros de regulación de la fecundidad, el acceso a los cuidados prenatales y a servicios de atención del parto y de interrupción voluntaria del embarazo de buena calidad, fueron cruciales (Berer y Ravindran, 1999).

Los factores que contribuyen a las muertes maternas son múltiples y pueden enfocarse desde dos ángulos: el de la etiología clínica y el de los condicionantes sociales y culturales que exponen a algunas mujeres más que a otras. Sabemos que toda mujer está expuesta a los riesgos que implica el embarazo: durante ese período toda mujer puede tener complicaciones imprevistas que pongan su vida en peligro y que requieran atención médica inmediata. Las diferencias no están dadas por el riesgo de tener una complicación, sino por las oportunidades y posibilidades de acceder a tratamiento oportuno y eficaz para resolverlas. Estas oportunidades diferenciales se expresan en problemas de accesibilidad a los servicios de salud, atención inadecuada de los embarazos y partos, barreras para la acceder a métodos anticonceptivos eficaces, a lo que se suma, en la mayoría de los casos, obstáculos para poder realizar un aborto en condiciones seguras.

El acceso a los servicios de salud implica no solamente la existencia misma de los servicios y el hecho de que éstos resulten geográfica y económicamente alcanzables, sino también, que las mujeres, sus familias y la comunidad dispongan de la información necesaria para utilizarlos apropiadamente, que los insumos y el equipamiento técnico así como el personal de salud sean adecuados, y que los servicios se proporcionen de un modo que resulte aceptable para las mujeres y sus familias.

La posibilidad de recibir atención médica oportuna está afectada por varios factores (Maine *et al.*, 1992). Por un lado, para que las mujeres hagan uso eficaz de los recursos médicos disponibles, necesitan saber cuándo, dónde y por qué deben solicitar ayuda. La percepción e interpretación de las mujeres sobre las necesidades y riesgos asociados al embarazo (como la percepción de que el embarazo es un hecho "natural" que no requiere de atención especial), y el conflicto psicosocial entre algunas características de la atención dispensada en los servicios de salud (como la imposición de ciertos procedimientos médico-tecnológicos) y las necesidades y expectativas de las mujeres juegan frecuentemente en contra de un acceso oportuno a los servicios. A esto hay que agregar las dificultades que frecuentemente enfrentan las mujeres para organizar las tareas cotidianas de la unidad doméstica sin su presencia.

Por otro lado, cuando las mujeres perciben la gravedad de cierto estado, sensación o síntoma y están dispuestas a actuar, solas o acompañadas, pueden verse ante la imposibilidad física de llegar a tiempo a los servicios de salud. Problemas relacionados con la distancia geográfica al servicio de salud, con el transporte, y con la falta de manejo de recursos económicos para costear el viaje, entre otros, atentan contra la posibilidad de que la mujer se desplace desde su comunidad al servicio de salud en tiempo y forma.

Adicionalmente, la posible poca empatía y calidez de los servicios de salud y su falta de consideración de las necesidades y expectativas de las mujeres también operan como obstáculos para una consulta temprana. Estas razones tienen que ver con el ambiente poco familiar en el servicio de salud, donde serán asistidas por "extraños", sin preservar la intimidad y sin la presencia de sus amigos y parientes, y la falta de tolerancia por parte del equipo de salud hacia las prácticas culturales relativas al parto, tales como la ingestión de alimentos especiales y ciertos rituales (en especial en las poblaciones indígenas o rurales), son todas razones que no deberían ser desestimadas en el diagnóstico del problema.

Por último, y no menos importante, una de las principales causas de las muertes maternas son las complicaciones de abortos inducidos en condiciones riesgosas. En este caso, no son obstáculos en el camino desde el hogar hasta el servicio de salud. Las mujeres pobres de nuestro país sólo pueden contar con la atención de los servicios de salud cuando tienen una complicación derivada de un aborto inseguro. Se sabe que los riesgos del aborto inducido se asocian al método utilizado, a la competencia técnica de quien lo realiza, al momento del embarazo en que se lo efectúa, al estado de salud de la embarazada, y a la disponibilidad y calidad de los cuidados médicos dispensados. Además de las consecuencias físicas y psicológicas sobre las mujeres y de la violación del derecho a la autonomía personal, el aborto clandestino e inseguro compromete considerables recursos de los servicios de salud públicos, que son los encargados de resolver las complicaciones derivadas de abortos mal realizados. Se calcula que en la Argentina, entre el 20 y el 40% de las camas de los servicios de ginecología y obstetricia son ocupadas por mujeres que sufren los efectos de abortos mal realizados, situación que comporta altos costos económicos para los servicios y costos sociales para las familias.

La mortalidad materna es claramente un tema relevante para la salud pública (Langer, 2002). Existe una gran variabilidad entre los países desarrollados y en vías de desarrollo, y aún dentro de este último grupo, la brecha es muy marcada. A modo de ejemplo basta citar dentro de América las tasas de mortalidad materna (RMM) de Canadá (0,4 por 10.000 nacidos vivos) frente a Haití (52,3 por 10.000), lo cual implica 130 veces más probabilidad de morir para una mujer haitiana por causas relacionadas con el embarazo que una canadiense (OPS/OMS, 2002). De igual modo se reflejan variaciones marcadas dentro de un mismo país. Así la Argentina presenta una TMM de 46 por 10.000 y muestra diferencias marcadas entre provincias: en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires es de 1,4 por 10.000 mientras que en Formosa es de 16,6 por 10.000, una brecha de casi 12 veces superior (Ministerio de Salud, 2002).

El análisis de la mortalidad materna requiere un abordaje complejo dado que en estas muertes confluyen factores de riesgo conocidos y bien estudiados, principalmente vinculados a las características biológico-sociales de las mujeres (edades extremas, gran multiparidad, analfabetismo y pobreza); otros factores relacionados con comorbilidad conocida (trastornos hipertensivos, diabetes, entre otros); algunos factores de riesgo probables pero con escasa evidencia (vinculados a la accesibilidad geográfica o a la deficiente calidad de los servicios); y por último, también están presentes factores de riesgo desconocidos. En este contexto, los estudios disponibles que investigan los factores vinculados al proceso de atención desde que la mujer embarazada toma contacto con el sistema de salud hasta que se produce la muerte son escasos.

Para concluir, la situación de la salud reproductiva (y también la de la mortalidad materna) debe ser evaluada desde tres dimensiones: la salud pública, la equidad social y los derechos humanos. Las oportunidades de alcanzar un nivel satisfactorio de salud reproductiva, así como de ejercer los derechos sexuales y reproductivos libres de coerción, violencia y discriminación están estrechamente ligadas a las condiciones de vida, a un clima cultural respetuoso de la diversidad de valores éticos y de la equidad de género, y a la implementación eficaz de políticas públicas orientadas a reducir las brechas de género y sociales en el acceso a información y servicios de salud reproductiva (Ramos y Gutiérrez, 2002). La Argentina se encuentra actualmente transitando un cambio importante en sus políticas públicas, no sólo por la reciente sanción de la Ley y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, y las leyes y programas provinciales, sino también por la mayor visibilidad social y política del campo de la salud reproductiva (Área de Salud, Economía y Sociedad, CEDES, 2003). Estos cambios constituyen una oportunidad para actuar en consecuencia y sobre la base de diagnósticos objetivos.

2. Propósito y objetivos de la investigación

El propósito de la investigación fue abordar en forma integral "el camino de la muerte materna" (Fathalla, 1987): desde la dinámica de los factores familiares, personales y comunitarios en el marco de los cuales ocurre el embarazo, pasando por la accesibilidad a los servicios de salud y la calidad de las prestaciones brindadas por el sistema de salud a la mujer embarazada y durante el período puerperal, hasta la modalidad de notificación, codificación y registro de las muertes maternas.

Los objetivos generales del estudio se plantearon en dos planos:

Un plano epidemiológico

- a) Realizar un diagnóstico de la situación de la mortalidad materna en seis provincias seleccionadas (Chaco, Formosa, Mendoza, San Juan, San Luis y Tucumán).
- b) Analizar la dinámica de los determinantes sociales (demanda) e institucionales (oferta) de las muertes maternas.
- c) Fortalecer las actividades del sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna de los ministerios de salud nacional y provinciales.

Un plano político

- d) Desarrollar las capacidades de investigación de los equipos locales.
- e) Formular recomendaciones para mejorar las políticas sanitarias y extra-sectoriales en salud reproductiva orientadas a la reducción de la mortalidad materna.

Los objetivos específicos del estudio fueron los siguientes:

- a) Conocer la estructura de causas de las muertes maternas en las provincias seleccionadas.
- b) Estimar el nivel de subregistro de las muertes maternas en las provincias seleccionadas.
- c) Identificar los factores vinculados al proceso de atención en establecimientos asistenciales del subsector público que están asociados con las muertes maternas ocurridas en el mismo sector.
- d) Describir los factores socioculturales, familiares y personales que facilitan u obstaculizan el contacto oportuno de la mujer con los servicios de salud.
- e) Describir la percepción de la familias acerca de la historia de eventos y de la respuesta de los servicios de salud ante las circunstancias padecidas por la mujer antes de su fallecimiento.

Para cumplir con los objetivos propuestos, el proyecto se estructuró en cuatro componentes:

Componente I: “Revisión de Informes Estadísticos de Defunción e Historias Clínicas” (IED/HC): destinado a conocer la tipología de las muertes maternas (nivel de subregistro y estructura de causas).

Componente II: “Estudio Caso Control” (ECC): destinado a analizar los factores de los servicios de salud que pueden afectar las muertes maternas.

Componente III: “Autopsias verbales” (AV): destinado a conocer la historia familiar y social que precedió la muerte de la mujer.

Componente IV: “Indicadores de contexto” (IC): destinado a presentar un conjunto de indicadores sociodemográficos y sociosanitarios que contribuyan a dar un marco contextual al problema de la mortalidad materna en cada jurisdicción.

Los tres primeros componentes tuvieron, a su vez, los siguientes objetivos específicos:

Componente I: IED/HC

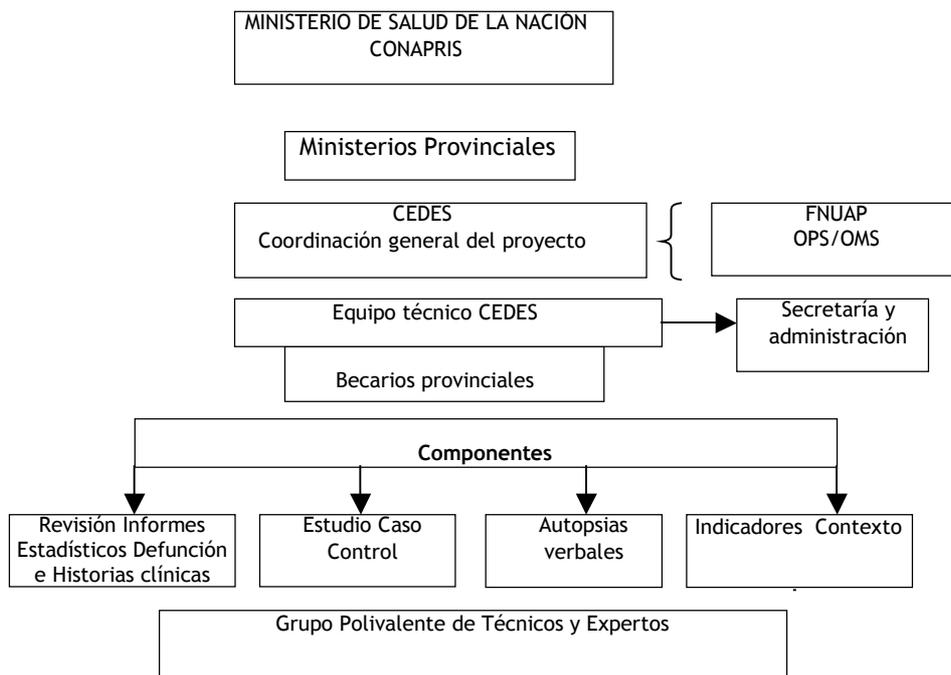
- Conocer la estructura de causas de las muertes maternas en las provincias seleccionadas.
- Estimar el nivel de subregistro de las muertes maternas en las provincias seleccionadas.

Componente II: ECC

- Identificar los factores del proceso de atención en los establecimientos asistenciales del subsector público asociados con las muertes maternas ocurridas en ese sector.

Componente III: AV

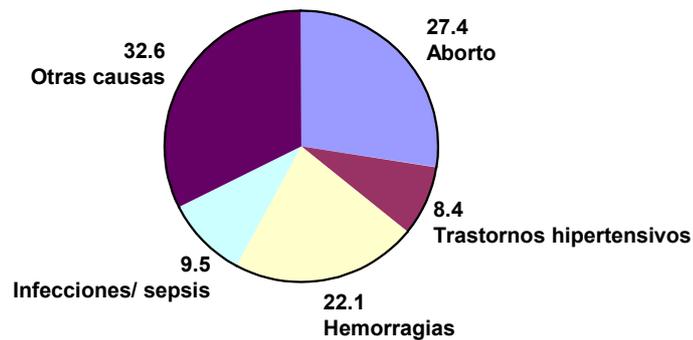
- Describir los factores socioculturales, familiares y personales que facilitan u obstaculizan el contacto oportuno de la mujer con los servicios de salud. Describir la percepción de la familia acerca de la respuesta de los servicios de salud ante las complicaciones padecidas por la mujer

Gráfico 1. Arquitectura institucional del estudio

3. Principales hallazgos

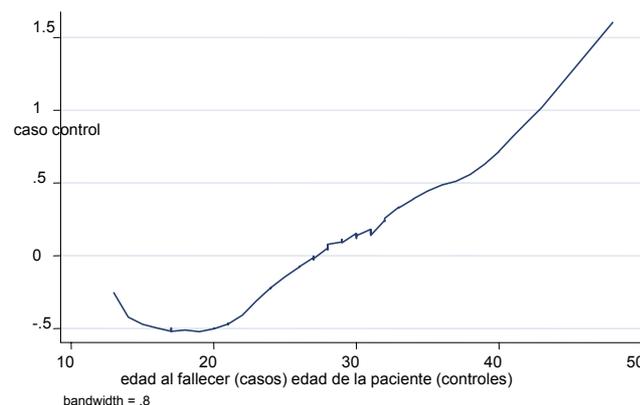
- El nivel de subregistro de defunciones maternas fue de **9,5%** para el conjunto de las seis provincias. El subregistro de las **muertes tardías fue de 15,4%**. Las provincias que presentaron mayor subregistro fueron San Luis (14,3%) y Tucumán (21,1%) para las defunciones maternas. Para las muertes tardías, Mendoza y San Luis presentaron un 50% de subregistro. Cabe aclarar que esta estimación del subregistro se hizo sobre el total de muertes institucionales. El estudio de las muertes de mujeres en edad fértil extrainstitucionales podría afectar esta estimación.
- De 95 defunciones maternas ocurridas en las seis provincias, **las complicaciones de aborto fueron la primer causa (27,4%)**, con magnitudes que van desde 21% (Tucumán) a 35% (Mendoza). Las **hemorragias fueron la segunda causa** de muertes maternas (22,1%) (Fig. 2).

Gráfico 2. Defunciones maternas por causa. En porcentajes. Seis provincias del estudio, 2002



El estudio de casos y controles mostró que **el riesgo de muerte materna aumentaba 10 veces cuando la estructura hospitalaria no era la adecuada**: no había disponibilidad de atención obstétrica esencial, guardia activa y personal calificado para asistir partos/abortos. También la edad fue un factor determinante para el aumento de riesgo de muerte tal como se observa en la Fig. 3: a partir de los 20 años la edad presenta una relación prácticamente lineal con el riesgo de muerte materna.

Gráfico 3. Relación entre edad y muerte materna



- Las autopsias verbales permitieron identificar factores de riesgo para la muerte materna al momento de la atención de la emergencia obstétrica: errores en el diagnóstico, tratamiento ambulatorio sintomático y demoras en la derivación a centros de mayor complejidad.
- Entre las mujeres que interrumpieron su embarazo, la búsqueda de atención médica ante las señales de alarma percibidas estuvo demorada, a diferencia de aquellas que fallecieron por otras causas. El estigma asociado al aborto clandestino puede estar explicando esta demora.

- La falta de medios para la comunicación, combinada con las dificultades de transporte del sistema de salud, demoran el acceso a los servicios entre quienes residen en zonas rurales.
- La falta de involucramiento del varón las decisiones reproductivas y la violencia contra la mujer dificultan y a veces impiden a las mujeres adoptar prácticas anticonceptivas para evitar embarazos no deseados.

4. Alcance de los resultados

La recolección sistemática de información para la acción y la vigilancia de la salud conlleva el uso de diferentes metodologías para el análisis de situación de salud tanto a nivel nacional como local. En la Argentina no hay un sistema nacional para la vigilancia de las muertes maternas. Si bien hay diferentes iniciativas en este sentido en las provincias, Comités de Mortalidad Materna principalmente, estos esfuerzos no están integrados en un sistema nacional de vigilancia. Esto determina que, en muchas ocasiones, no se disponga de información que permita caracterizar adecuadamente el problema. Los resultados de esta investigación deben entenderse como un insumo para la organización y el fortalecimiento de la vigilancia de las muertes maternas.

Esta investigación identificó provincias con altas tasas de mortalidad materna y allí estudió los factores que podían determinar la magnitud del problema. Entre las fortalezas de la metodología utilizada puede señalarse la combinación de abordajes cualitativos y cuantitativos y la diversidad de dimensiones analizadas. La estrategia metodológica utilizada permitió identificar territorios más vulnerables según sus características socio-económicas y demográficas y, fundamentalmente, eventos trazadores. La vigilancia de estos eventos trazadores brindaría la posibilidad de racionalizar los esfuerzos y recursos que se invierten, contribuyendo así a un mejor desempeño de los programas dirigidos directa o indirectamente a atender el problema de las muertes maternas. La investigación también contribuyó a fortalecer institucionalmente las áreas materno-infantiles de las provincias a través de una capacitación de sus equipos en habilidades para la investigación.

5. ¿Cómo seguir?

Frente a la urgente necesidad de diseñar una política integral para reducir las muertes maternas en la Argentina, los resultados de este estudio requieren ser discutidos con las autoridades sanitarias y con los diversos actores sociales y políticos que deben comprometerse activamente para llevar adelante las intervenciones necesarias. La construcción de consensos es clave en la definición de los mecanismos para la vigilancia y la prevención de las muertes maternas, mientras que las acciones de promoción deben ser diseñadas desde el punto de vista de la salud pública y de los derechos humanos de las mujeres.

5.1 Nuestras propuestas

Con respecto a la vigilancia

- Fortalecer las Unidades de Análisis y Monitoreo de la Salud (UNAMOS) existentes en las provincias o implementarlas donde no existan (Fig. 4). Estas unidades facilitan la interacción entre la Dirección de Estadísticas e Información de Salud, los Programas Maternos Infantiles y Nutricionales (Programas de Salud Reproductiva) y la Dirección de Epidemiología de cada provincia, y de éstas con el nivel central. La interacción de estas áreas tiene como objeto la mejora continua de la calidad de los registros, los sistemas de notificación, el monitoreo de las muertes y la toma de decisiones.
- Generar una mayor conciencia colectiva en torno a la mortalidad materna involucrando a la comunidad y a las organizaciones de la sociedad civil a nivel local. La sensibilización de la comunidad para responder a las necesidades de las mujeres y familias en situación de emergencia, así como la disponibilidad permanente de transporte y comunicación efectiva en los servicios de salud deben formar parte de esta estrategia.

- Promover iniciativas de investigación para el estudio de la calidad del registro y de los determinantes de las muertes maternas aprovechando la experiencia adquirida en este estudio a partir del desarrollo de protocolos probados y de habilidades técnicas incorporadas por los equipos provinciales.

Con respecto a la prevención y promoción de la salud

- Fortalecer las acciones en prevención del embarazo no deseado a través de servicios de salud reproductiva que incluyan la consejería y provisión gratuita y sin discriminaciones de anticonceptivos de calidad, según las preferencias y necesidades de las mujeres, en consonancia con los objetivos fijados en la Ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable y las leyes similares en las provincias. Estos servicios deberían ser capacitados para detectar y tratar apropiadamente situaciones de violencia contra la mujer.
- Promover la participación de los varones -jóvenes y adultos- en las decisiones anticonceptivas a través de actividades de información, educación y comunicación en salud reproductiva especialmente dirigidas a esta población. El fortalecimiento de los programas de salud reproductiva, con actividades de capacitación sobre género y salud reproductiva es sin duda imprescindible para este objetivo.
- Redefinir la estrategia de la red asistencial para que las derivaciones ocurran oportunamente y los servicios de salud donde se atiendan partos y/o complicaciones de abortos cuenten con disponibilidad permanente de profesionales entrenados, sangre, anestesia e insumos críticos para el manejo de la emergencia obstétrica cuya eficacia está comprobada (el sulfato de magnesio para el manejo de los trastornos hipertensivos, la aspiración manual endouterina para completar los abortos, los antibióticos para el tratamiento de la sepsis y sangre segura y uterotónicos para las hemorragias). La capacitación continua de los equipos de salud para promover la utilización de procedimientos y tecnologías eficaces para tratar los problemas de la emergencia obstétrica debería formar parte de esta estrategia.
- Mejorar la accesibilidad a los servicios de salud, en especial para la población residente en zonas rurales a través de un sistema de transporte y comunicación.
- Intervenir sobre el problema de las complicaciones de abortos inseguros. La importante contribución de las muertes por complicaciones de aborto a la mortalidad materna hacen necesario: mejorar la capacidad técnica y la calidad del trato en el manejo de las complicaciones de abortos, asegurar la consejería y la provisión de anticonceptivos post aborto a las mujeres que se internan por complicaciones para prevenir la repitencia, e introducir la aspiración manual endouterina para reducir el tiempo de internación y la morbilidad asociada a los legrados. Por último, la estrategia debería confluir hacia una revisión de las disposiciones legales sobre el aborto, dado que la evidencia muestra que la clandestinidad de su práctica expone a las mujeres, especialmente a las más pobres, a prácticas que ponen en riesgo su salud y su vida

Referencias bibliográficas

- Aller Atucha, J.: “La práctica del aborto en la Argentina. Actualización de los estudios realizados. Estimación de la magnitud del problema”, en *Marketing Social*, Buenos Aires, 1996.
- Área Salud, Economía y Sociedad, CEDES: “La salud y los derechos sexuales y reproductivos: 2000-2003, un período de avances y retrocesos”, en CELS, *Derechos humanos en la Argentina. Informe 2002-2003*, Buenos Aires, 2003.
- Berer, M. y Ravindran, S.: “Preventing Maternal Mortality: evidence, resources, leadership, action”, en M. Berer y TK Sundari Ravindran (comps.), *Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues, Reproductive Health Matters*, 2000.
- CELS; CLADEM; FEIM e ISPM: “Derechos humanos de las mujeres: asignaturas pendientes del Estado argentino. Contrainforme. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer”, Buenos Aires, 2002.
- Center for Population and Family Health: Programa de Reducción de la Mortalidad Materna: Opciones y Planteamientos, Nueva York, School of Public Health, Faculty of Medicine, Columbia University, 1992.

- Cesilini, S. y Gherardi, N. (eds.), *Los límites de la ley. La salud reproductiva en la Argentina*, Banco Mundial, Buenos Aires, 2002.
- Checa, S. y Rosenberg, M.: *Aborto hospitalizado. Una cuestión de derechos reproductivos, un problema de salud pública*, Buenos Aires, Ediciones El cielo por asalto, 1996.
- Cook, R.; Dickens, B. M., Wilson, A. y Scarrow, S.: *Advancing Safe Motherhood through Human Rights*, World Health Organization, 2001.
- Fathalla, M.: “El largo camino a la muerte materna”, en *People*, vol. 14, N° 3, 1987, traducción del Área de Salud, Economía y Sociedad, del CEDES.
- Fathalla, M.: “Society and reproductive life”, en K. Wijma y B. von Schoultz, B. (eds.), *Reproductive life. Advances in research in psychosomatic obstetrics and gynaecology*. Proceedings of the 10th International Congress on Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, The Parthenon Publishing Group, Nueva Jersey, 1992.
- Gogna, M.; Llovet, J. J.; Ramos, S. y Romero, M.: *Los retos de la salud reproductiva: derechos humanos y equidad social*, en A. Isuani y D. Filmus. (eds.), *La Argentina que viene*, FLACSO-UNICEF/Grupo Editorial Norma, Buenos Aires, 1998.
- Langer, A. y Espinoza, H.: “Embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América latina y el Caribe”, en “Nuevos desafíos de la responsabilidad política”, Cuadernos del Foro de la Sociedad Civil en las Américas, año 4, N° 5, CEDES-FLACSO-CELS, Buenos Aires, 2002.
- Maine, D.: *Programas de Reducción de la Mortalidad Materna: Opciones y Planteamientos*, Center for population and Family Health School of Public Health, Faculty of Medicine Columbia University, 1992.
- Ministerio de Salud, Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. *Estadísticas Vitales 2001*, Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, 2002.
- OPS/OMS: *Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas*, 26^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54^a Sesión del Comité Regional, Washington, DC, del 23 al 27 de septiembre de 2002.
- Ramos, S.: “Mortalidad materna, problema de salud pública y derechos humanos”, trabajo presentado en el XVII Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología FLASOG, Santa Cruz de la Sierra, octubre de 2002.
- Ramos, S. y Viladrich, A.: *Abortos hospitalizados. Entradas y salidas de emergencia*, Documento CEDES, Buenos Aires, 1993.
- Ramos, S. y Gutiérrez, M. A. (eds.): *Nuevos desafíos de la responsabilidad política*, Buenos Aires, CEDES-CELS-FLACSO, 2002.
- Royston, E. y Armstrong, S.: *Preventing Maternal Deaths*, Ginebra, WHO, 1989 .
- WHO: “Reduction of Maternal Mortality”, A Joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank Statement, Ginebra, 1999.