

Revista Cubana de Salud Pública

versión On-line ISSN 0864-3466

Rev Cubana Salud Pública v.21 n.1 Ciudad de La Habana ene.-jun. 1995

SITUACION DE SALUD

Condiciones de vida de la mujer y mortalidad materna en América Latina ¹

Lisa Rendón,² Ana Langer³ y Bernardo Hernández³

La magnitud de la mortalidad materna es un reflejo del riesgo promedio de morir que corre una mujer cada vez que queda embarazada. La OMS ha estimado que la mortalidad materna es alrededor de 150 % más alta en países en desarrollo (450 defunciones por 100 000 nacidos vivos) que en países desarrollados.¹ Ello significa que en prácticamente todos los primeros, incluidos los países de América Latina, la mortalidad materna representa una tragedia que aún recibe muy poca atención.

Se han sugerido 3 posibles causas de la indiferencia que hasta ahora han mostrado muchos gobiernos hacia el problema.² En primer lugar, la magnitud de la mortalidad materna en muchos países no se conocía con exactitud debido a la escasez de datos sobre las causas de defunción. En 1987, sólo 75 de los estados miembros de la OMS pudieron proporcionar datos sobre mortalidad materna. De 117 países en desarrollo, 73 no pudieron presentar este tipo de información.³

En segundo lugar, la mortalidad materna se ha subestimado. La subestimación ha fluctuado de alrededor de 37 % en los países desarrollados⁴ a más de 70 % en los países en desarrollo.⁵

En tercer lugar, las mujeres en países con altas tasas de mortalidad materna a menudo ocupan una posición baja en la escala social y son víctimas de discriminación. No es raro encontrar en tales circunstancias que, pese a su enorme contribución a la subsistencia y supervivencia familiar, la mujer enfrenta numerosas barreras en las áreas de educación, nutrición y salud.²

Ya sea por éstas u otras razones, se han hecho pocos esfuerzos por resolver lo que tendría que haberse reconocido, desde hace mucho tiempo, como un problema mundial de primera magnitud. El objetivo del presente documento es describir las condiciones de vida de las mujeres latinoamericanas, examinar la relación entre dichas condiciones y la mortalidad materna, y sugerir intervenciones factibles en este contexto.

MARCO CONCEPTUAL

Desde el punto de vista médico, una defunción materna es aquella que se produce como resultado de complicaciones obstétricas directas o indirectas.⁶ Aunque esta definición es útil para ciertos fines, no arroja luz sobre la amplia gama de circunstancias que contribuyen a este tipo de desenlace. De hecho, una defunción materna suele ser el resultado indirecto de influencias nocivas que afectan a la mujer fuera de la sala de parto.

La figura provee, en el contexto citado, un marco conceptual de las circunstancias que contribuyen a la defunción materna. En la mayor parte de los países con altas tasas de mortalidad materna, muchas mujeres tienen que amoldarse a los rígidos patrones de identidad sexual, que les obligan a ser madres y amas de casa, atender a los demás y desempeñar múltiples labores simultáneamente. Estos patrones reflejan y agravan la mala situación social de las mujeres, que añadida a la escasez de recursos sanitarios, las colocan en un riesgo excesivo de morbilidad y mortalidad por causas relacionadas con el proceso reproductivo (figura).

Al mismo tiempo, muchas mujeres no se dan cuenta de los riesgos que corren en este sentido -ya sea por falta de educación o como consecuencia de sus creencias culturales en torno a la reproducción- y no buscan atención adecuada. Otras mujeres se percatan de los riesgos pero no tienen acceso a buenos servicios de salud por problemas de distancia, transporte o costo, o porque no es buena la atención que se presta en los centros de su comunidad.⁷ Incluso cuando existen servicios de salud, ciertos problemas que resultan delicados en determinados contextos culturales, particularmente los que guardan relación directa con la reproducción, no se reconocen como objeto de atención médica de ninguna clase. Esto aumenta los riesgos que enfrentan las mujeres con dichos problemas, en particular aquellas que sufren las complicaciones de abortos ilegales y otros procedimientos.

Naturalmente, todos los riesgos antedichos pueden dar lugar a complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio o causar una defunción obstétrica directa o indirecta. Pero además, las mujeres que sobreviven el ciclo reproductivo en condiciones inadecuadas suelen convertirse en madres debilitadas y reinician el ciclo en circunstancias cada vez menos favorables. Por tales motivos merece la pena prestar atención a algunos de los principales factores sociales que desfavorecen a la mujer y que menoscaban su salud.

La presión social de tener hijos

En muchas partes del mundo en desarrollo, el tener hijos constituye una de las formas más importantes que tiene la mujer de subir en la escala social. En un estudio efectuado en una zona rural de Oaxaca, México,⁸ se encontró que un alto porcentaje de las mujeres sentían una enorme presión social y política de tener muchos hijos. En este caso se usaba un argumento poco usual: mantener la base poblacional de la zona era asunto de gran prioridad debido a la falta relativa de hombres en la comunidad. Aunque tal vez con otros argumentos, esta presión que obliga a la mujer a tener muchos hijos no se limita a México o América Latina, ya que también se observa en muchos otros países del mundo en desarrollo.⁷

Discriminación contra la mujer

En 1988 se encontró en un estudio del *Population Crisis Committee*¹⁰ que más de la mitad de las niñas y mujeres en el mundo entero vivían en condiciones que amenazaban su salud y que les impedían tomar decisiones reproductivas o participar de lleno en los ámbitos educativos y económicos de la sociedad. Un motivo importante es la discriminación que sufre la mujer. Según Royston, *et al.*,¹¹ "la discriminación sexual, como factor que contribuye a la mortalidad materna, ha recibido escasa atención y se ha ocultado dentro del problema general de la pobreza y el subdesarrollo, problema que presuntamente coloca a todo el mundo -hombres y mujeres, adultos y niños- en igual desventaja en términos de salud". Abundan las pruebas, sin embargo, de que las mujeres enfrentan una situación de falta de equidad en relación con los hombres en términos de condición social, empleo, educación y cobertura y calidad de los servicios de salud. Estas circunstancias contribuyen a la mortalidad materna.⁵

Mujeres que laboran y sus condiciones de trabajo

Las mujeres desempeñan un papel cada vez más importante en el ámbito laboral. En la actualidad alrededor de una cuarta parte de la fuerza laboral remunerada en América Latina, se compone de mujeres. Lamentablemente, muy a menudo la jornada de trabajo representa una carga que se añade a las tareas domésticas. Según la *International Labor Office*, en 1985 las mujeres que trabajaban dedicaban sólo unas cuantas horas menos a los quehaceres domésticos que las que se dedicaban por entero al hogar, quienes solían dedicar alrededor de 57 horas semanales a sus tareas.¹² Esta sobrecarga simultánea de actividades domésticas y laborales puede afectar seriamente el estado de salud de una mujer.¹³

Por otra parte, es importante reconocer que el trabajo remunerado le confiere a la mujer una posición más alta dentro del hogar porque le permite ser fuente de ingresos. Si bien es cierto que el trabajo fuera del hogar obliga a la mujer a asumir responsabilidades nuevas y a menudo excesivas, también la ayuda a hacer frente a sus nuevas obligaciones, ya que significa una mejor posición y un ingreso más alto.¹⁴ En general, los problemas de salud materna relacionados con el trabajo se presentan no como consecuencia del trabajo en sí, sino cuando éste se combina con faenas domésticas pesadas o cuando en un lugar de trabajo en particular existen condiciones que afectan adversamente a la salud materna.

El ciclo de la mala salud

Las malas condiciones sociales, económicas y culturales, pueden menoscabar la salud de generaciones sucesivas de mujeres y a menudo lo hacen. Como ha señalado Winikoff,¹⁵ la mala salud durante el embarazo se acompaña del riesgo de que la madre afectada dé a luz un hijo enfermo. Si el niño sobrevive, son grandes las posibilidades de que se perpetúe su mal estado de salud, especialmente porque la madre tiene poca energía para dedicarse a su bienestar físico y mental.

Si el recién nacido es niña, podría ser víctima a su vez de discriminación en las áreas de salud, nutrición y educación y corre un riesgo bastante grande de llegar a ser también una mujer enferma y de escasos recursos. Cuando quede embarazada, se cerrará el círculo vicioso.

Accesibilidad y calidad de la atención de salud

El acceso deficiente a la atención de buena calidad por razones de transporte o costo o por las características de los servicios disponibles tiene gran impacto en la salud materna.¹⁶⁻¹⁸ El mayor efecto lo ejercen aquellas circunstancias que se relacionan con la mala calidad de la atención. Los servicios deficientes, la falta de recursos esenciales, el personal mal adiestrado, la ausencia de un sistema eficaz de remisión de casos y la falta de sensibilidad de los prestadores de servicios¹⁹ son algunas de las principales dificultades que enfrentan las mujeres cuando acuden a las instituciones de salud.

Estos problemas y ciertas cuestiones culturales hacen que las mujeres en las áreas rurales rechacen la medicina moderna. De ahí que muchas mujeres latinoamericanas procedentes del campo elijan no recibir ninguna atención de salud o acudir a curanderos o parteras. En México, una encuesta nacional de fecundidad publicada en 1989 reveló que el 44,5 % de los partos en aldeas y caseríos con menos de 2 500 habitantes eran atendidos por parteras, mientras que en poblaciones de 2 500 a 19 999 habitantes éstas atendían a 23,7 % de los partos.²⁰ A pesar de que las parteras en cuestión contaban con el respeto y el aprecio de la comunidad, a menudo no habían recibido adiestramiento para prevenir o manejar las complicaciones de los embarazos de alto riesgo.

En las zonas urbanas, donde las distancias y los problemas de transporte tienden a plantear menos dificultades, el costo y la calidad de los servicios cobran suma importancia. Datos obtenidos en otro estudio a revelaron que el 80 % de 433 defunciones maternas en la Ciudad de México habían ocurrido en los hospitales de 4 instituciones del sector de salud. Un análisis posterior de estas defunciones indicó que el 85 % (un total de 294) eran prevenibles y que se debieron principalmente a errores en el hospital o por parte de los profesionales, lo cual sugiere que la calidad de los servicios es pobre.

La falta de servicios con buen asesoramiento en planificación familiar y la falta de personal capacitado y preparado para atender emergencias obstétricas aumentan los peligros existentes. El resultado suele ser, con demasiada frecuencia, que las complicaciones que se hubieran podido prevenir sin mayor dificultad en etapa temprana mediante la planificación familiar u otras medidas terminan siendo emergencias que truncan la vida de muchas mujeres.²¹ En este contexto, uno de los más claros indicadores de que hacen falta servicios de planificación familiar es el número de emergencias obstétricas que surgen a raíz de abortos inducidos. Estos abortos, que constituyen la causa de un alto porcentaje de las defunciones maternas en el mundo, son frecuentes en América Latina.²²

INTERVENCIONES

El hecho de que tan diversos factores contribuyan al exceso de mortalidad materna sugiere que cualquier estrategia, para ser eficaz, requiere un enfoque amplio. Un enfoque de este tipo, basado en un modelo de atención primaria de salud en el nivel comunitario para el fomento de la salud materna, ha sido propuesto.²³ El objetivo de este enfoque es incorporar un mayor número de servicios de salud materna y de planificación familiar en los sistemas de atención primaria ya existentes, con dos puntos de intervención importantes: la comunidad y las instituciones de remisión de casos de primer nivel. Este modelo se centra en todos los niveles de atención y en actividades preventivas cuya finalidad es evitar peligros innecesarios.

a Reyes S, Bibadilla J. Muertes maternas prevenibles en el Distrito Federal. Comunicación personal, 1990.

b Evitar los agentes oxitócicos y los remedios tradicionales. A las PT a menudo se les enseña a usar agentes oxitócicos para contener hemorragias. En los programas de adiestramiento se hace hincapié en que las PT deben usar estos fármacos solamente en este tipo de emergencia y no simplemente para acelerar un parto normal. El mismo concepto se aplica al uso de hierbas y otros remedios tradicionales.

Si bien el enfoque descrito parece apropiado para mejorar la prestación de servicios de salud, cabe recordar que la salud materna no depende del sector de la salud exclusivamente y que hay que tener presente la necesidad de mejorar otras condiciones sociales y económicas, como el ingreso, la escolaridad, la vivienda, el saneamiento y la nutrición.^{24,25} Es posible, asimismo, dar ejemplos de intervenciones específicas que se pueden llevar a cabo en la comunidad y en el primer nivel de atención, así como de intervenciones destinadas a reducir el número de abortos inducidos y a estimular la investigación sobre la mortalidad materna. Algunas de ellas se describen a continuación.

Intervenciones comunitarias

Debido a su accesibilidad y aceptabilidad, las parteras tradicionales (PT) suelen ser el eje de muchos programas comunitarios de salud materna. El adiestramiento de estas trabajadoras debe centrarse en la higiene e inocuidad de sus prácticas; la no interferencia durante el parto; y el cuidado pre y posnatal de la madre. Hay que instar a las PT a seguir prestando apoyo psicosocial y enseñarles a identificar a madres en riesgo y a aquellos casos que deben ser remitidos.²⁶

Muchos de los problemas relacionados con el adiestramiento de las PT tienen su origen en la falta de continuidad. Según la OMS,²⁷ esto se traduce en una supervisión deficiente de las PT adiestradas, falta de capacitación continua, y carencia de instrumentos básicos, como equipos para cortar y atar el cordón umbilical y medicamentos necesarios para el trabajo.

Ya que a las PT se les suelen asignar las tareas de detectar embarazos de alto riesgo y atender emergencias, también es imprescindible que ellas tengan a su alcance una clínica u hospital donde remitir a mujeres con embarazos de alto riesgo o con emergencias obstétricas. Algunos países han tratado de prevenir la defunción de embarazadas de alto riesgo donde no hay centros de remisión cercanos mediante el establecimiento de hogares de espera.¹⁶ Estos suelen ocupar instalaciones nuevas o remodeladas y proveen un sitio de espera modesto y mucho más cercano al centro de remisión que el hogar de la paciente.

Otra medida que se ha adoptado en ocasiones es un sistema comunitario de transporte para mujeres con emergencias obstétricas.¹⁶ La movilización comunitaria también se puede aprovechar de otras maneras. Puede servir, por ejemplo, para ayudar a las PT y a otros trabajadores de salud a realizar sus tareas o, como se ha hecho en ciertas comunidades africanas, para establecer "tiendas populares" financiadas con fondos rotatorios procedentes de la clínica local.¹⁶

En algunos casos, desde luego, el tamizaje y la detección temprana de embarazos de alto riesgo no bastan para prevenir la muerte por hemorragia, trabajo de parto obstruido y otras complicaciones similares, ya que una proporción bastante alta de las complicaciones graves ocurre en mujeres sin factores de riesgo detectables.²⁸ Para tales casos se necesita un sistema de remisión rápido y eficaz.

Por estas y otras razones, la provisión de servicios seguros de salud materna en las comunidades, en los hogares de espera y en los centros de remisión de casos implica, por lo general, modificar prácticas y conceptos aceptados tradicionalmente en el campo de la atención de salud. Por ejemplo, la tradición de reservar ciertos procedimientos médicos para expertos especializados no es de ningún beneficio en las áreas más remotas de gran parte de los países en desarrollo. Según Lamb, "de todas las intervenciones, la más importante [en términos de reducción de la mortalidad materna] es la accesibilidad inmediata de un médico o comadrona". Por consiguiente, se debe procurar adiestrar a personas que puedan proveer este tipo de servicio en lugares aislados.²⁹

El centro de remisión de primer nivel

Los centros de remisión de casos obstétricos de primer nivel deben tener la capacidad de resolver las complicaciones obstétricas que requieren intervenciones clínicas. También deben proveer servicios clínicos y quirúrgicos de planificación familiar²³ y ser centros de adiestramiento para el personal de salud. Sus funciones deben incluir, además, establecer y mantener un registro de la mortalidad y enseñar a todo el personal a llevar fichas sencillas estandarizadas, para que de ese modo se facilite la formación de comités de mortalidad materna encargados de evaluar el rendimiento del personal de atención materna en todos los niveles.²¹

Los casos remitidos a centros de primer nivel no siempre necesitan intervenciones que corresponden al sector de la salud. Algunos sectores pueden estar mejor dotados de determinado recurso que este último, de manera que la acción conjunta de varios sectores puede servir para mejorar la situación actual.¹³ Este tipo de acción conjunta, por ejemplo, puede ser útil en casos en que mejorar la prestación de servicios de remisión implica mejorar el transporte, las vías de comunicación y la educación.

El aborto inducido

El aborto es ilegal en la mayor parte de los países latinoamericanos.²² De ahí que el desarrollo de cualquier intervención relacionada con el aborto sea una tarea bastante complicada. Incluso la información más básica, como el número y las características de las mujeres latinoamericanas que se hacen abortos, apenas se conoce. Por lo tanto, es necesario hacer estudios que permitan conocer la situación antes de llevar a la práctica intervenciones de mayor alcance.

La intervención que más claramente se presta para reducir la mortalidad materna por abortos inducidos es la adopción de buenos métodos anticonceptivos. Pero aunque éstos estén disponibles, el aborto inducido no dejará de existir, ya que dichos métodos tienen deficiencias y las mujeres viven en malas condiciones sociales. Lo aconsejable, por lo tanto, es examinar toda la gama de intervenciones capaces de reducir aún más la mortalidad materna por esta causa: mejorar la calidad de los abortos, tratar más

eficazmente las complicaciones de abortos mal hechos, y reducir el número de embarazos no deseados en América Latina.²⁹

La investigación

Uno de los principales obstáculos que impiden realizar buenas intervenciones en el área de la atención de salud materna en América Latina es la falta de datos fidedignos sobre los factores que influyen en la mortalidad materna. Este obstáculo podría eliminarse en gran medida si se realizara una campaña de investigación a gran escala para registrar la defunciones maternas, identificar las variables sustitutivas, esclarecer los problemas y "caminos" que conducen a la defunción materna (es decir, la forma en que distintos factores convergen para producir dicha defunción), y desarrollar métodos eficaces para diseñar y evaluar intervenciones de amplio alcance.

Se puede usar una gran variedad de métodos para hacer investigaciones sobre la mortalidad materna. Por ejemplo, si se busca estimar con precisión su magnitud, se pueden usar métodos directos -como el análisis de registros de defunción y datos censuales- o técnicas indirectas, como el "método de las hermanas".^{d 30,31} La existencia de más de un método para investigar el mismo problema o problemas similares puede ser muy útil a la hora de tratar de superar diversos obstáculos metodológicos. En el caso de la estimación de la mortalidad materna, para dar un ejemplo, tales obstáculos incluyen desde dificultades en la codificación y procesamiento de los datos, hasta la mala calidad de los registros oficiales o la simple falta de información.

c Remisiones a salas de urgencia, transfusiones, y sepsis puerperal y otras variables que no miden directamente la mortalidad pero que guardan relación con ella.

d El "método de las hermanas" fue creado en la London School of Tropical Medicine and Hygiene en 1987 como técnica indirecta para obtener estimados poblacionales de la mortalidad materna. El método se basa en la proporción de hermanas adultas (de los entrevistados) que fallecen durante el embarazo, parto o puerperio, según información proporcionada por adultos encuestados. Ciertos factores de ajuste, derivados de las distribuciones modelo de fecundidad y mortalidad, se usan para convertir estas proporciones en una serie de indicadores de mortalidad materna(30).

También cabe notar que la investigación de la mortalidad materna debe incluir el estudio multidisciplinario de los factores médicos y culturales que influyen en las defunciones maternas. Además, este tipo de investigación debe enfocar otros aspectos, entre ellos el efecto que tiene una defunción materna en la familia y en la sociedad, y la influencia que ejercen en la mortalidad materna las diferencias culturales entre las zonas urbanas y rurales.

CONCLUSIONES

Quienes proponen intervenciones como las que hemos descrito, a menudo dan por sentada la existencia de buenos servicios de administración, personal adiestrado, equipo, materiales, fondos, y programas gubernamentales y no gubernamentales de cooperación y apoyo. Es necesario advertir, en relación con esto, que no debe esperarse que un programa de salud materna funcione eficazmente si se concentra exclusivamente en la

comunidad de usuarios, en los servicios de atención de salud o en la cooperación entre sectores. Solamente se logra un rendimiento verdaderamente bueno cuando la actividad se lleva a cabo en estos tres "niveles".

Es necesario, además, que cada programa de atención de salud materna se adapte a la población atendida. El programa debe moldearse a las tasas de fecundidad y a los patrones reproductivos, a la densidad poblacional; al ambiente físico, social y cultural; a intervenciones financieras factibles y adecuadas; a las evaluaciones de eficacia en función de los costos; y a un enfoque realista de las limitaciones financieras y administrativas.²³

La realización de intervenciones en el área de la atención de salud materna con el apoyo del público y de las autoridades podría reducir enormemente la mortalidad entre las mujeres embarazadas de América Latina. El pueblo y los gobiernos latinoamericanos tienen que aceptar que es posible encontrar soluciones al problema de la mortalidad materna. Las actitudes fatalistas no salvarán la vida de las embarazadas, pero sí la salvarán programas activos de atención materna destinados a enfrentar y reducir los peligros existentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna: ayudar a las mujeres a evitar el camino de la muerte. *Crónica OMS* 1986;40:195-205.
2. Mahler H. The safe motherhood initiative: a call to action. *Lancet* 1986;2 March-668-771.
3. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Salud Materno-infantil: estrategias para la prevención de la mortalidad materna en las Américas (parte IV). Washington, DC: OPS, 1989.
4. Koonin L. Maternal mortality, surveillance; United States, 1980-1985. *MMWR* 1988;37(SSS):19-29.
5. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas. Washington DC: OPS, 1990. (Documento CSP23/10).
6. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de enfermedades: manual de la clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción, novena revisión (2 tomos). Ginebra OMS, 1977.
7. Rendón L. A conceptual framework and suggested interventions for maternal mortality in Latin America. México, DF, 1991. (Documento mimeografiado).
8. Browner CH. The politics of reproduction in a Mexican village. *Signs: J Wom Cult Soc* 1986;12:710-24.
9. Van de Walle E, Ouaidou N. Status and fertility among urban women in Burkina Faso. *Int Fam Plan Perspect* 1985;11:60-4.
10. Population Crisis Committee. Country rankings of the status of women: poor, powerless, and pregnant. Washington, DC, 1988. (Population briefing paper 20).
11. Royston E, Armstrong S, eds. Preventing maternal deaths. Geneva: World Health Organization, 1989.
12. International Labor Office. Women at work 1985;1:14.
13. Organización Panamericana de la Salud. La salud de la mujer en las Américas. Washington, DC, 1985. (Publicación científica 488).

14. Rosenfield S. Effects of women's employment: personal control and sex differences in mental health. *J Health Soc Behav* 1989;30:77-91.
15. Winikoff B. Women's health in developing countries. En: Wallace H, Gin K, eds. *Health care of women and children in developing countries*. Los Angeles: Third Party Publishers, 1990.
16. Thaddeus S, Maine D. Too fir to walk: maternal mortality in context, findings from a multidisciplinary literature review. New York: Columbia University. Faculty of Medicine, Center for Population and Family Health, May 1990. (Documento mimeografiado).
17. Williams CB, Baumslag N, Jellife DB. *Mother and child health: delivering the services*. London: Oxford University Press, 1989.
18. Leslie S, Gupta GR. *Utilization of formal services for maternal nutrition and health care in the Third World*. Washington, DC: International Center for Research on Women, 1989.
19. Cominsky S. Women and health care on a Guatemalan plantation. *Soc Sci Med* 1987;25:1163-73.
20. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Servicios de Salud. Dirección General de Planificación Familiar, y Demographic and Helth Surveys, Institution for Resource Development/Macro Systems, Inc. México: Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud. México, DF: Secretaría de Salud, 1989.
21. Winikoff B, Sullivan M. Assessing the role of family planning in reducing maternal mortality. *Stud Fam Plan* 1987;18-128-43.
22. Dixon-Mueller R. Abortion policy and woment's health in developing countries. *Int J Health Serv* 1990;20:297-314.
23. Herz B, Measham A. *The safe motherhood initiative*. Washington, DC: World Bank, 1987. (The World Bank discussion papers).
24. Fraser W, Meli J. Maternal health services: the developing world. *Can J Public Helath* 1990;81:436-8.
25. Rifkin S, Walt G. Why health improves: defining the issues concerning comprehensive primary health care and selective primary health care. *Soc Sci Med* 1986;23:559-66.
26. Maglay-Maglacas A. Traditional birth attendants. En: *Health care of women and children in the developing world*. Oakland: Third Party Publishers, 1990.
27. World Health Organization, Division of Health Manpower Development. *The supervision of traditional birth attendants (TBAs)*. Geneva, 1984:23-5. (WHO document HMD/NUR/84).
28. Rosenfield A, Maine D. Maternal mortality, a neglected tragedy: where is the M in MCH. *Lancet* I July, 1985:83-5.
29. Winikoff B, Carignan Ch, Bernardik E, Semeraro P. *Medical services to save mothers'lives: feasible approaches to reducing maternal mortality*. New York: Population Council; March, 1991. (The Population Council working papers, no.4).
30. David P, Kwara S, Graham W. Estimating maternal mortality in Djibouti: an application of the sisterhood method. *Int Epidemiol* 1991;20:551-7.
31. Graham W, Brass W, Snow R. Estimating maternal mortality: the sisterhood method. *Stud Fam Plan* 1989;20:125-35.

¹Tomado del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana Vol 115, No.6, 1993.

²Universidad de Carolina del Norte, EE.UU.

³Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México.