

Mortalidad materna en la región bolivariana de Latinoamérica: área crítica

Dr. Pedro Faneite*

RESUMEN

Objetivo: Analizar cifras y causas de mortalidad materna, en los países de la región bolivariana de Latinoamérica: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, y validar las fuentes de datos

Método: Estudio epidemiológico de las muertes maternas de los países bolivarianos, los datos se obtuvieron de búsqueda en bases de datos de Internet, también en las páginas oficiales en la red del Ministerio de Salud y la de Estadística Vital de cada país, tomándose para el análisis sólo las cifras del último año publicado; totalizaron 2 282 muertes en la región.

Resultados: Bolivia (2003), la tasa de mortalidad materna fue 230 por cien mil nacidos vivos, las causas principales hemorragia 35 %, toxemia 21 % y sepsis 5 %. En Perú (2001), la tasa de mortalidad materna fue 185 por cien mil nacidos vivos, las causas principales hemorragia 47 %, sepsis 15 % y toxemia 12 %. Ecuador (2005), la tasa de mortalidad materna fue 84,95 por cien mil nacidos vivos, las causas principales toxemia 30 %, hemorragia 29 % y sepsis 7 %. En Colombia (2005), la tasa de mortalidad materna fue 73,05 por cien mil nacidos vivos, las causas principales toxemia 26 %, hemorragia 17,7 % y sepsis 6 %. Venezuela (2005), la tasa de mortalidad materna fue 59,9 por cien mil nacidos vivos, las causas principales hemorragia 28 %, toxemia 26 %, y sepsis 13 %. La región presenta una tasa de muerte materna de 126,58 por cien mil nacidos vivos.

Conclusión: La tasa promedio de mortalidad materna de la región y las tasas individuales por países son elevadas; las causas de muerte fueron comunes (hemorragia, toxemia y sepsis). Se necesita redoblar esfuerzos para abatir estas terribles cifras indicadoras de la condición socio-sanitaria de la región y mejorar los sistemas de recolección de información en especial Bolivia y Perú.

Palabras clave: Mortalidad materna. Tasas. Causas. Región bolivariana latinoamericana.

SUMMARY

Objective: To analyze maternal mortality ratio, causes of maternal mortality in Latin-American Bolivarian region countries: Bolivia, Colombia, Ecuador, Peru and Venezuela, and to validate the sources of data.

Method: Epidemiological study of maternal deaths in Bolivarian countries, the data was obtained from search in data bases of Internet, officials sites in the network of the Ministry of Health and Vital Statistics of each country, and was used the last year published; they totalized 2 282 deaths in this region.

Results: Bolivia (2003), maternal mortality ratio was 230 maternal deaths per 100 000 live births, the main causes: hemorrhage 35 %, toxemia 21% and sepsis 5%. In Peru (2001), maternal mortality ratio was 185 per 100 000 live births, the main causes: hemorrhage 47 %, sepsis 15 % and toxemia 12 %. Ecuador (2005), maternal mortality ratio was 84.95 per 100 000 live births, the main causes: toxemia 30 %, hemorrhage 29 % and sepsis 7 %. In Colombia (2005), maternal mortality ratio was 73.05 per 100 000 live births, the main causes: toxemia 26 %, hemorrhage 17.7 % and sepsis 6 %. Venezuela (2005), maternal mortality ratio was 59.9 per 100 000 live births, the main causes: hemorrhage 28 %, toxemia 26 %, and sepsis 13%. The region showed maternal mortality ratio of 126.58 per 100 000 live births.

Conclusion: The maternal mortality average ratio of the region and the individual ratio by countries is elevated; the death causes were common (hemorrhage, toxemia and sepsis). It is needed to redouble efforts to lower these terrible rates indicating of the social-health of this region and better the recollection systems of information in special Bolivia and Peru.

Key words: Maternal mortality. Rate. Causes. Latin-American Bolivarian region.

*Coordinador del Comité de Mortalidad Materna de la Región Bolivariana, Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología y de la Sección de Mortalidad Materna SOGV

Universidad de Carabobo, Departamento Clínico Integral de la Costa. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Estado Carabobo, Venezuela.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna (MM) es un problema de salud pública de tal importancia que ha motivado a que las instituciones, agencias y gobiernos de todas las regiones del mundo reaccionen ante esta tragedia. Es así, como se han elaborado múltiples estrategias y programas con el objeto de minimizar sus efectos deletéreos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) respaldada por diversas instituciones internacionales plasmaron en la Declaración de Alma Ata la atención primaria como una estrategia de lucha en contra la entidad mencionada, su objetivo se vio expuesto en su lema: "Salud para todos en el año 2000" (1).

La Organización Maternidad sin Riesgo en 1987, hizo importantes propuestas, en la actualidad está conformada por más de cien naciones, también la integran instituciones de cooperación técnica, otras con aportes económicos, etc., todos luchan por la protección de la madre y su hijo (2).

En este siglo XXI, todas estas instituciones han replanteado objetivos de trabajo, así tenemos que la Oficina Panamericana de la Salud, en el contexto de las Metas del Milenio de la Organización de Naciones Unidas (ONU), ha señalado que la región de las Américas deberían reducir la mortalidad materna en tres cuartos para el año 2015 (3).

La OMS y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), también han establecido alianzas desde 1982, con la participación de obstetras y ginecólogos conforman equipos de trabajo con todas las organizaciones interesadas e involucradas en esta problemática, mediante la promoción e incremento de la vigilancia y compromiso por la salud pública y social, en particular en los países en desarrollo. De una manera concreta en Centroamérica realizaron en 1978 el proyecto "Salvemos a las madres", participaron además, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Banco Mundial, Corporación farmacéutica, etc. (4).

En Latinoamérica las diversas Sociedades y Federaciones científicas de ginecólogos y obstetras conforman una institución denominada Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), la cual está afiliada a la FIGO. En consecuencia, todas las actividades promulgadas por la FIGO comprometen y estimulan a la FLASOG. Desde esta instancia se ha dado el auspicio de múltiples actividades para atacar la mortalidad materna, además han emprendido reuniones, simposios, talleres, publicaciones, jornadas y congresos científicos.

Ha sido determinante la acción desarrollada por los comités de mortalidad materna y derecho sexual y reproductivo de FLASOG, quienes han realizado cuatro Talleres de discusión. Se iniciaron en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia 2002 (5), Guatemala 2004 (6), Santo Domingo 2005 (7) y Lima, Perú 2006 (8), todos terminaron con declaraciones publicadas debidamente, las mismas expresan el lineamiento que en estas materias deben seguir las Sociedades y Federaciones miembros.

Producto de esa actividad continuada de la FLASOG se han llevado adelante actividades específicas en diversos países, como los Talleres "Mortalidad materna: el gran reto", los cuales terminaron con una publicación (9), y otras investigaciones sobre mortalidad materna (10-12).

Ahora bien, en esta oportunidad, nos hemos propuesto conocer desde el Comité de Mortalidad Materna de FLASOG y el Comité de Mortalidad Materna de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, cuál es la situación actual de la mortalidad materna en los países que integran la región bolivariana de Latinoamérica: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, en el entendido que estamos a mitad del período establecido para cumplir las Metas del Milenio, para ello se recabó la tasa de mortalidad materna (TMM), las causas de la mortalidad materna, y se validaron las fuentes de datos.

MÉTODO

Se trata de un estudio epidemiológico de las muertes maternas de los países bolivarianos, incluyendo la validación de las fuentes de datos.

Para la recopilación de datos se procedió a una búsqueda exhaustiva en las bases de datos en Internet: Medline, Pubmed, CINAHAL, LILACS, WHOSIS (WHO *Statistical Information System*), PAHO, Scielo, además de las páginas oficiales en la red del Ministerio de Salud y el de Estadística Vital de cada país, tomándose para el análisis sólo las cifras relativa a TMM y sus causas en el último año publicado. También se solicitó información de los médicos coordinadores de mortalidad materna de cada país asociado a la FLASOG. Por otra parte, el autor visitó los países estudiados, recabando información de fuentes originarias.

Toda la información se resumió en cuadros estadísticos de distribución de frecuencia, expresados los datos en cifras absolutas y porcentuales, finalmente se hizo un análisis descriptivo.

RESULTADOS

Se totalizaron 2 282 muertes maternas en la región, esta cifra implica la consolidación de las muertes del último año reportado.

La región presenta una tasa promedio de muerte materna de 126,58 por cien mil nacidos vivos.

En los Cuadros 1 y 2 presentamos las tasas de mortalidad materna y sus causas por países.

Para Bolivia (2003), la tasa de mortalidad materna fue 230 por cien mil nacidos vivos, y las causas principales fueron: hemorragia 35 %, toxemia 21 % y sepsis 5 %.

En Perú (2001), la tasa de mortalidad materna fue 185 por cien mil nacidos vivos, y las causas principales referidas: hemorragia 47 %, sepsis 15 % y toxemia 12 %.

Ecuador (2005), la tasa de mortalidad materna fue 84,95 por cien mil nacidos vivos, y las causas principales reportadas: toxemia 30 %, hemorragia 29 % y sepsis 7 %.

En Colombia (2005), la tasa de mortalidad materna fue 73,05 por cien mil nacidos vivos, y las causas principales presentadas: toxemia 26 %, hemorragia 17,7 % y sepsis 6 %.

Venezuela (2005), la tasa de mortalidad materna fue 59,9 por cien mil nacidos vivos, y las causas principales publicadas: hemorragia 28%, toxemia 26 %, y sepsis 13 %.

DISCUSIÓN

La región bolivariana está constituida por las cinco naciones que fueron libertadas de la colonia española por Simón Bolívar en el siglo XIX, las mismas están geográficamente unas al lado de otras en la cordillera de Los Andes en Suramérica, si bien comparten antecedentes históricos comunes y de latitud, existen importantes desigualdades geográficas, culturales, estructura socioeconómica, nivel en estándar de vida, servicios de salud, etc. Estas diferencias muy probablemente expliquen en el contexto de salud pública el hecho que dos de sus miembros: Bolivia y Perú presentaron a finales del siglo XX, las cifras más altas en materia de mortalidad materna en América junto con Haití (13,14). Estas circunstancias nos ha motivado a conocer cuales son las últimas cifras de mortalidad materna publicadas por los entes oficiales de estado y de salud de cada uno de los países que conforman esta importante región de América, en especial, porque estamos a mitad del período asignado por la ONU y OPS, para disminuir en tres cuartos las cifras de la mortalidad materna para el 2015 (3).

La OMS ha estimado que en Latinoamérica se suceden 22 mil muertes maternas cada año (14-16), lo que significa que si en este estudio hemos encontrado un total de 2 282 en las cinco naciones que integran los países bolivarianos, ellos están aportando casi un 10 % de la totalidad de la problemática. Esas cifras realmente son solo referenciales, no totalmente ciertas, la situación es mucho mayor, hay un subregistro importante como veremos más adelante.

En este trabajo se encontró que la región presenta una tasa promedio de muerte materna de 126,58 por cien mil nacidos vivos, la tasa global de mortalidad materna en América Latina y el Caribe es de 190 por 100 mil nacidos vivos, con enormes diferencias entre países (14,16). Chile tiene una tasa de mortalidad materna de 23, por cada 100 mil nacidos vivos,

Cuadro 1

Mortalidad materna región bolivariana

País	Año	nMM	Tasa MM por cien mil NV
Bolivia	2003	650	230
Perú	2001	612	185
Ecuador	2005	143	85
Colombia	2005	526	73,03
Venezuela	2005	351	59,9
Total		2 282	Prom 126,58

Cuadro 2

Causas de mortalidad materna

País	Año	Casos	Hemorragia		Toxemia		Sepsis	
			n	%	n	%	n	%
Bolivia	2003	650	227	35	136	21	32	5
Perú	2001	612	288	47	73	12	92	15
Ecuador	2005	143	42	29	43	30	10	7
Colombia	2005	526	93	18	137	26	25	6
Venezuela	2005	351	100	28	91	26	37	13

mientras que Bolivia 390 y Haití 523 por cien mil nacidos vivos (16).

Hay evidencia de que en América Latina y el Caribe la muerte materna responde sobre todo a causas obstétricas directas, como la hemorragia (20 %), la toxemia (22 %), las complicaciones del puerperio (15 %) y otras causas directas (17 %), todo esto se desprende de un análisis de las defunciones maternas notificadas en 20 países efectuado por la OPS entre 1995 y 2000, sobre la base de distintas fuentes, principalmente estadísticas vitales, datos de la vigilancia epidemiológica y estudios especiales de países (14), otra publicación de la OMS apoya lo anteriormente comentado (17).

Cuando estudiamos a Bolivia encontramos que este país no ha logrado desarrollar un sistema de estadísticas vitales, en consecuencia, es imposible que conozcamos la verdadera situación de mortalidad, incluso manifiestan que el subregistro puede superar el 50 % (18), entre los factores están las costumbres del medio rural, como son las inhumaciones en los cementerios sin registros, también arguyen limitaciones en cuanto a veracidad, oportunidad y validez de los registros en mortalidad hospitalaria; sin embargo, manifiestan que están trabajando en pro de un certificado único de defunción con una normativa de clasificación de causas de muerte (18).

A esta fecha, en Bolivia se han realizado cuatro Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDSAS), ejecutadas durante 1989, 1994, 1998 y 2003, son tomadas como base y referencia de importancia, en ellas se apoyan para el diseño de las políticas del sector materno-infantil y en general en salud; a manera de ejemplo, la última se realizó a nivel nacional, abarcando una muestra de 20 000 hogares, estuvo dirigida a madres y niños y permitió recabar información sobre salud materna, morbilidad, mortalidad, nutrición y otros aspectos referidos a la salud de las mujeres e infantes de Bolivia.

Todo lo antes referido puede expresar en gran parte el hecho de que el promedio de la TMM nacional ajustado en el informe de la ENDSA 2003 sea tan elevado: 230 por cien mil nacidos vivos (18) y las causas de mortalidad materna estén encabezadas por las hemorragias, toxemia y luego sepsis (19). Tienen la firme esperanza de que en el transcurso de tiempo se mantenga la tendencia de descenso reportada entre 1993 y 2003, durante el cual bajó la TMM de 390 por cien mil nacidos vivos a 230, es decir, un 41 %, ello se ha debido a la decisión de darle la prioridad correspondiente y a la realización de programas de mejoras en salud que han tenido la continuidad

debida (20).

La República del Perú presenta una situación semejante a la de Bolivia al requerir datos confiables en estadísticas vitales, y más aún en el ámbito materno-infantil, las que disponen hasta el presente se basan en estimaciones de las encuestas ENDES II, III y IV, las ENDES 1991-1992 (II), 1996 (III) y 2000 (IV), Centro de Investigación y Desarrollo del Instituto Nacional de Estadística e Informática. (INEI) (21). Ellos han utilizado el método indirecto de la sobrevivencia de hermanas a partir de modelos de mortalidad y fecundidad, estos permiten estimar probabilidades de morir por causa materna durante todo el período de vida fértil, sobre la base de la proporción de hermanas que fallecen por alguna causa asociada al embarazo, parto o puerperio. A partir de esta probabilidad se calculó razones y tasas.

El INEI ha puesto a disposición de las autoridades e instituciones públicas y privadas y usuarios en general, la investigación: "Tendencia, niveles y estructura de la mortalidad materna en el Perú 1992-2000" (22). Mediante su publicación, se quiere contribuir a un mejor conocimiento de la mortalidad materna en ese país durante los últimos años, complementando la información de la Encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) del INEI, con la proporcionada por las Fichas de Investigación epidemiológica de muerte materna (FIEMM) del Ministerio de Salud. Los errores y faltas de algunos datos en estas fichas no desmerecen el valor de ellas como fuente de información para realizar un trabajo de investigación.

Las FIEMM del año 2000 constituyeron un aporte importante por la cantidad remitida por los establecimientos de salud al nivel central del Ministerio de Salud. En la actualidad sólo existen tasas sobre mortalidad materna producto de proyecciones, las cuales se manejan en el Ministerio de Salud (MINSa) y que no son publicadas oportunamente. En el período 1990 al 2000, la tasa de mortalidad materna habría descendido 26,15 %. Considerando este indicador, el Perú no ha logrado la meta de reducción establecida en la Cumbre Mundial por la Infancia: reducir la mortalidad materna al 50 % en el decenio 1990-2000 (21).

Las estimaciones de la mortalidad tienen de marco informativo los datos otorgados por las 27 843 mujeres entrevistadas, las cuales al ser consultadas sobre la sobrevivencia de las hermanas, dieron información para 57 801 hermanas que cumplieron los 15 años.

Las causas encontradas son tomadas de la publicación del Ministerio de Salud en su semana de

maternidad saludable y segura en mayo de 2002; ella revela que para el 2001 hubo 612 MM con una tasa de MM 185 por cien mil nacidos vivos, y en la causas determinantes casi la mitad fue por causas hemorrágicas (47 %), seguida de infección y toxemia (23). Existen opiniones relacionadas con la situación de salud, ellas dan una visión esperanzadora, revelan acciones eficientes (24), sin embargo, hay la reserva del subregistro, se trata de una población geográficamente muy dispersa, con extrema pobreza y un sistema de salud deficiente.

La validez de los datos e indicadores emitidos por los institutos o entes rectores de las estadísticas vitales y de salud pública en los países Ecuador, Colombia y Venezuela está respaldado por años de experiencia, ellos han sido asesorados técnicamente por organismos internacionales como la OPS, incluso han aceptando y presentan sus datos ajustados a la clasificación Internacional de la Enfermedades (CIE- 10), lo cual facilita la comparación y análisis de manera global e internacional (25).

En Ecuador se ha dado a conocer recientemente el documento “Indicadores Básicos de Salud. Ecuador 2006”, el cual nace de una actividad conjunta interinstitucional que data de más de 15 años. Durante el lapso 2001-2006 se concretó, incorporándose instituciones nacionales y agencias internacionales, quienes apoyaron de esta manera al Ministerio de Salud Pública e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos en la coordinación del proceso de elaboración, contaron siempre con el apoyo técnico de la OPS/OMS, y otras Agencias del Sistema de Naciones Unidas. De esta manera se logró una continuidad, disponibilidad, calidad y confiabilidad de los datos, además de afianzar el compromiso del país en alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio (ODM). Es conveniente mencionar que en esta publicación se usó la base de datos del año 2005. Se ha convertido esta publicación en un instrumento de consulta fiable para sanitaristas, analistas y planificadores del sector salud. La publicación está disponible en formatos impresos y en las páginas en Internet del Ministerio de Salud Pública (26).

Ahora bien, podemos observar que para el año 2005 la TMM fue de 85 por cien mil RNV prevaleciendo la toxemia, seguida de hemorragias y sepsis, si se compara con la tasa del 2003 (77,8 por cien mil nacidos vivos) se ha sucedido un incremento, pero las causas son las mismas en ambas fechas (26). Aunque, hay que recalcar que este valor de TMM está muy por debajo de la de Bolivia y Perú, aunque las causas prevalecen.

En Colombia la entidad responsable de la planeación, levantamiento, procesamiento, análisis y difusión de las estadísticas oficiales es el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), ella pertenece a la Rama Ejecutiva del Estado Colombiano, tiene más de 50 años de experiencia, se le considera de alto estándar de calidad. Ellos poseen modernas tecnologías de captura, procesamiento y difusión, han logrado una preparación del personal que labora en el proceso de la organización, actualmente es la institución líder y rectora de las estadísticas en Colombia.

El DANE da a conocer cada año al país más de 30 indicadores de todos los sectores de la economía, industria, población, sector agropecuario y calidad de vida, entre otras.

Este ente revela que para 2005 hubo 526 MM, con una TMM de 73,05 por cien mil nacidos vivos; las causas de manera específica son la toxemia 26,06 %, hemorragia 17,68 %, y sepsis 4,75 %. Como se puede observar esta cifra de TMM se semeja a lo reportado por Ecuador; las causas son las mismas de Bolivia, Perú y Ecuador (27).

Con respecto a Venezuela los indicadores de Salud actualmente son producidos y/o recolectados por la Dirección de Información Social y Estadísticas (DISE), adscrita a la Dirección General de Epidemiología y Análisis Estratégico. En esta labor la dirección se apoya primeramente en el Sistema de Información de Estadísticas Vitales (Defunciones), el Sistema de Información Geográfico (SIG) dirigido por la propia DISE; además de la información proveniente de las Direcciones Regionales de Salud y Desarrollo Social. A su vez, ellos se nutren de otras fuentes de información, Organización Panamericana de la Salud. Programa Especial de Análisis de Salud (Intercod), Sistema de Aprendizaje Interactivo de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, Centro Venezolano de Clasificación de Enfermedades (CEVECE) y el Instituto Nacional de Estadísticas (proyecciones de población y nacimientos vivos registrados). Para el caso de Venezuela, la CIE-10 se comenzó a implementar a partir del año 1996.

Toda la información es recabada en una publicación que el Ministerio de Salud elabora desde el año 1938, denominada hasta 1996 como Anuario de Epidemiología y Estadística Vital; a partir del año 1997 se denomina Anuario de Mortalidad. Es de señalar que hasta el año 1983 se publicaba en varios tomos la información sobre las defunciones y nacimientos. En los años posteriores y hasta la actualidad, sólo se publicó información sobre la mortalidad; es por

ello que a partir del año 1997, se titula Anuario de Mortalidad. Actualmente, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social como ente superior de las Políticas Públicas de Salud y Desarrollo Social realiza esfuerzos por la recuperación de la data de natalidad y en un mediano plazo va a publicar nuevamente el Anuario de Epidemiología y Estadística Vital. En materia de subregistro, el Ministerio ha expresado que de acuerdo a sus controles de cuantificación y estandarización del Subregistro de Mortalidad Nacional se encuentra en los últimos años en cifras de 3 % al 5 % (28).

De acuerdo a todo lo anterior, las últimas estadísticas publicadas corresponden a 2005, para este año hubo 351 MM, lo que representa una TMM de 59,9 por cien mil nacidos vivos; por otra parte tenemos que las causas de MM reportadas están reseñadas en hemorrágicas 28 %, toxemia 26 % y finalmente sepsis 13 %. Podemos resaltar que esta RMM es la menor del grupo de países bolivarianos, con el detalle de que son las mismas causas de mortalidad las que nos agobian (29).

En suma, hemos encontrado en los cinco países diversas metodologías de recolección, procesamiento y análisis de información, hay limitación de data confiable y sistemática, en particular Bolivia y Perú (20). A pesar de esta circunstancia podemos señalar que las RMM de estos últimos países se mantienen en el grupo con cifras más elevadas en la escala en la América; con respecto a Ecuador, Colombia y Venezuela, sus cifras pertenecen al renglón medio de los dos dígitos de TMM. En lo que sí coinciden los cinco países estudiados, es en las causas de mortalidad materna: factores hemorrágicos, trastornos hipertensivos del embarazo y sepsis; las mismas son señaladas por los analistas como fuertemente previsibles y tratables. Esta situación nos indica la perentoria necesidad de una mejoría de la base de datos, a fin de que los indicadores directamente asociados a la mortalidad materna tengan el valor relevante que permita tomar decisiones estratégicas y políticas valederas y adecuadas para mejorar la salud materna de la región.

Estos hallazgos debemos confrontarlos con el hecho de que la gran mayoría de los problemas de salud son atribuibles a amplios factores determinantes sociales, que nos llevan a una salud precaria: la pobreza, la desnutrición, el desempleo, la falta de acceso a la educación y los servicios de salud, y la exclusión social de ciertos grupos de la población, entre otros. Estos suelen ser las limitantes para alcanzar nuestro desarrollo, se requiere una mayor cohesión social y fortalecimiento de los derechos a la

salud. Es urgente apresurar el paso en el cumplimiento de los programas de salud de los países de la región si verdaderamente deseamos alcanzar los compromisos trazados para el 2015 (30).

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Atención Primaria de Salud. Serie "Salud para Todos" No. 1. 1978.
2. La iniciativa por una maternidad sin riesgos. Safemotherhood organization. Disponible en: http://www.safemotherhood.org/facts_and_figures/spanish/s_initiative.htm.
3. Kickbusch I. La nueva agenda de la salud. Perspectivas de Salud. Organización Panamericana de la Salud. 2004;9(2). Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero20_articulo02.htm.
4. Maine D, Rosenfiel A. The AMDD program: History, focus and structure. *Internat J Obstet Gynecol*. 2002;74:99-103.
5. Zapata L. Taller Pre-Congreso sobre Derechos Sexuales y Reproductivos. FLASOG. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia 19 Octubre 2002. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2002;62(4):292-293.
6. Faneite P. Taller Latinoamericano: una alianza para enfrentar los desafíos, reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal FLASOG/OPS. Ciudad de Guatemala, 28 al 30 de marzo 2004. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2004;64(4):223-225.
7. Zapata L. II Taller Latinoamericano de Mortalidad Materna y de Derechos Sexuales y Reproductivos. FLASOG. Santo Domingo, República Dominicana, 14 y 15 de mayo de 2005. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2006;66(4):218, 224, 232, 239, 250, 240.
8. Faneite P, Zapata L. III Taller Latinoamericano de Mortalidad Materna y de Derechos Sexuales y Reproductivos. FLASOG. Lima, Perú, 9 y 10 de mayo 2006. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2006;66(3):150,184,198,202.
9. Faneite P, Rojas L, Briceño G. Mortalidad materna. Análisis. *SALUS*. 2006;10:26-28.
10. Faneite P, García F. Mortalidad materna. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". 2001-2004. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2005;64:123-129.
11. Faneite P. Mortalidad materna y perinatal. Tendencias 1969-2004. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2006;66(2):75-79.
12. Faneite P. Mortalidad materna: evento en desarrollo. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2007;67:1-3.
13. AbouZahr C, Wardlaw T. Maternal mortality at the end of a decade: Signs of progress? *Bull World Health Org*. 2001;79(6):561-568.
14. Machinea JL, Bárcena A, León A. Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo del milenio: una mirada desde América latina y el caribe. Capítulo V. El derecho a la salud y los objetivos de desarrollo del Milenio.

2005. Impreso Naciones Unidas: Santiago de Chile, 2005.p.151-152. Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/1/21541/capitulo5.pdf>
15. OPS. Salud en las Américas, 2007. Volumen I. Panorama de la salud en la región. 2007. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/csp27-stp622-s.pdf>
 16. WHO, UNICEF, UNFPA. Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Department of Reproductive Health and Research World Health Organization: Geneva 2004. Disponible en: <http://www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=160&filterListType=>
 17. Khalid S Khan, Daniel Wojdyla, Lale Say, A Metin Gülmezoglu, Paul F A Van Look. WHO analysis of causes of maternal death: A systematic Review. Lancet. 2006;367:1066-1074.
 18. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Situación de salud. Bolivia 2004. Serie: Documentos de Divulgación Científica. Enero 2006. Disponible en: <http://www.sns.gov.bo/asis/ASIS%202004%20v62.pdf>
 19. Correo del Sur. Cada año que pasa, fallecen 650 mujeres por causas asociadas a la maternidad. La paz. Domingo 29 de mayo del año 2005 Sucre – Bolivia. Disponible en: http://correodelsur.net/2005/0529/w_nacional2.shtml
 20. Banco Interamericano del desarrollo. Los objetivos del desarrollo del milenio en América latina y el caribe: retos, acciones y compromisos. Washington, D. C : 2 0 0 4. Disponible en: <http://www.eclac.cl/mdg/docs/IADBPublicDoc.pdf>
 21. MINSA. Muertes maternas estimadas, según años calendarios. Perú. 1990-2002. Disponible en : http://www.minsa.gob.pe/ogei/estadistica/indsalud_es.asp?id=2
 22. Watanabe F T. Tendencias, niveles y estructura de la mortalidad materna en Perú 1992-2000. Edit. Talleres de la Oficina Técnica de Administración del INEI: Lima, Perú, 2002.
 23. Ministerio de Salud. Semana de la Maternidad Saludable y Segura 20 al 24 de Mayo 2002. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/efemerides/salud_materna/Maternidad%2020-24-05-2002.ppt
http://www.minsa.gob.pe/efemerides/salud_materna/Maternidad%2020-24-05-2002.ppt
 24. Carbone F. Del estigma de la mortalidad materna, a la maternidad segura y saludable. Consensus, Jan./dic. 2005;9(10):117-124.
 25. WHO. International Classification of Diseases (ICD). Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
 26. Ministerio de salud pública. Indicadores básicos de salud. Ecuador 2006. Disponible en: <http://www.msp.gov.ec/>
 27. DANE. Defunciones. Colombia. 2005. Disponible en: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&task=category§ionid=16&id=325&Itemid=810
 28. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Estadísticas vitales: mortalidad y natalidad Disponible en: http://www.mpps.gob.ve/ms/direcciones_msds/Epidemiologia/Estadistica/Archivos/present3.htm
 29. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Muerte materna. Venezuela. 1957-2005. Disponible en: http://www.mpps.gob.ve/ms/direcciones_msds/Epidemiologia/Estadistica/Archivos/GrafMaternas.pdf
 30. ONU. La Asamblea del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas. 2000. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/milenio/index.html>

Correspondencia: Dr. Pedro Faneite
 Urbanización Rancho Grande, Calle 45, Cruce Av.
 Bolívar. Puerto Cabello, Estado Carabobo.
 Correo electrónico: faneitep@cantv.net

Viene de página 17

9. Greene RA, Bloch MJ, Huff DS, Iozzo RV. MURCS association with additional congenital anomalies. Hum Pathol. 1986;17:88-91.
10. Braun-Quentin C, Billes C, Bowing B, Kotzot D. MURCS association: Case report and review. J Med Genet. 1996;33:618-620.
11. Mahajan P, Kher A, Khungar A, Bhat M, Sanklecha M, Bharucha BA. MURCS association—a review of 7 cases. J Postgrad Med. 1992;38:109-111.
12. Carranza-Lira S, Forbin K, Martínez-Chéquer JC. Rokitansky syndrome and MURCS association—clinical features and basis for diagnosis. Int J Fertil Womens Med. 1999;44:250-255.
13. ittock ST, Babovic-Vuksanovic D, Lteif A. Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser anomaly and its associated malformations. Am J Med Genet A. 2005;135:314-316.
14. Guerrier D, Mouchel T, Pasquier L, Pellerin I. The Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome (congenital absence of uterus and vagina)-phenotypic manifestations and genetic approaches. J Negat Results Biomed. 2006;5:1.