

# ESTRATEGIAS DE INTERVENCION PARA REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA EN EL PERU

*Dr. Luis Távara Orozco (\*)*

## INTRODUCCION.—

Hace más de una década que el Perú adquirió el compromiso de alcanzar un nivel de salud para los peruanos en el año 2000 que nos permita un nivel social y económicamente productivo<sup>1,2,3</sup>.

Dentro de este contexto, si bien es cierto algunos países del continente ya han alcanzado muchos de los objetivos propuestos por la Región de las Américas, nosotros estamos muy lejos de lograrlo y de acuerdo a la evolución de los hechos y a los años que faltan para terminar el siglo es razonable aceptar que falta un mayor compromiso y esfuerzo, superiores a los que se viene efectuando hasta la fecha a fin de hacer frente a este noble desafío<sup>3,4</sup>.

A pesar de las deficiencias en los sistemas de información nacional, es evidente que nuestras tasas de mortalidad materna, perinatal e infantil están dentro de las más elevadas del continente y aunque se ha experimentado alguna reducción y se han hecho importantes esfuerzos, persisten todavía situaciones de desigualdad y pobreza que impiden que amplios sectores de la población tengan acceso a la aplicación oportuna y adecuada de los conocimientos existentes de la salud pública, la prevención y la atención médica<sup>3,4,5,6,7</sup>.

Las prioridades programáticas definidas por la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana en su Resolución XXI establece la necesidad de transformar los Sistemas Nacionales de Salud en base al desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud con énfasis en la atención primaria, la atención de las poblaciones prioritarias y

de los grupos más vulnerables, dentro de los cuales en nuestro país se encuentra el grupo materno-infantil<sup>4</sup>.

Por el aparente menor número absoluto de muertes maternas en relación a las muertes infantiles, ha existido una tendencia insensible a minimizar la magnitud que realmente tiene el problema<sup>8</sup>. Felizmente y luego de las conferencias mundiales que sobre mortalidad materna se realizaron en Ginebra<sup>9</sup> y en Nairobi<sup>10</sup>, se ha emprendido en el mundo una gran cruzada en pro de la maternidad sin riesgo. En la Región de las Américas a nivel del Concejo Directivo de OPS, con fecha 30 de setiembre de 1988 se aprobó la Resolución XIII que obliga a los países a reducir la mortalidad materna por lo menos en un 50% antes del año 2000 en aquellos países en donde las tasas se mantienen por encima de 50 por 100,000 n. v.<sup>11</sup>.

A pesar de las grandes necesidades del país y de los escasos recursos con que cuenta para hacer frente a los graves problemas en la atención materno-infantil, persiste aún el bajo rendimiento de los equipos e instalaciones, la falta de coordinación entre las diferentes instituciones de salud y los distintos niveles de atención, la escasa capacidad resolutoria del nivel primario y la reclamación constante de los grupos profesionales de contar con inversión tecnológica en equipamiento de alta complejidad. Estos problemas estructurales, sumados a la crisis económica existente han hecho más difícil su solución y han determinado que amplios sectores de la población peruana se mantengan al margen de los servicios de salud<sup>12</sup>.

La tragedia que representa la muerte de una mujer en el Perú a consecuencia de complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio

(\*) Médico Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo "María Auxiliadora".

no es más que la culminación de un proceso salud-enfermedad específico. Estas mujeres pierden la vida principalmente al ser víctimas de su mala salud, ignorancia, pobreza, baja condición social y su limitado acceso a la atención de salud más indispensable<sup>2 10 13</sup>.

En el Perú se ha reactualizado el interés y preocupación por la mortalidad materna, y en los últimos años no sólo se han llevado a cabo investigaciones locales y nacionales, sino que además los organismos oficiales y las más diversas instituciones vienen buscando su prevención<sup>2 5 14</sup>. Se está planteando su reducción a través de estrategias que respondan a la realidad del país y que vayan encaminadas hacia los grupos de población que más lo necesitan; esto como una respuesta a la demanda social y debido a que la gran mayoría de las muertes maternas son prevenibles mediante acciones organizadas y adecuadamente planificadas en los servicios de salud con una mayor cobertura y mejor calidad de las atenciones<sup>3</sup>.

#### LA SALUD MATERNA EN EL PERU.—

La población total del Perú estimada a 1988 es de 21'855,900 habitantes, dentro de los cuales las mujeres en edad fértil representan el 24.1%. La proporción de gestantes es de 4.75% del total de la población, la tasa global de fecundidad es 4.39%. Se producen en el país poco más de 727,000 nacimientos al año. Sólo el 61.5% de las madres tienen control prenatal, de los cuales únicamente el 54.5% está a cargo de profesionales. La atención institucional del parto no alcanza al 50%<sup>15 16</sup>.

Para atender una cifra cercana a 1 millón de embarazos, con más de 727,000 partos, el país dispone de unas 4,000 camas obstétricas aproximadamente, infraestructura a todas luces insuficiente para satisfacer la demanda<sup>17</sup>.

Los estudios sobre mortalidad materna a nivel nacional proporcionan una tasa proyectada a 1987 del orden de 303 defunciones por 100,000 nacidos vivos<sup>6</sup>. En 1988 se publicó el estudio sobre mortalidad materna y perinatal en los hos-

pitales del Perú que nos arroja una tasa de 165 muertes maternas por 100,000 n. v.<sup>5</sup>. Estas cifras nos colocan en graves diferencias con las encontradas en otros países de América y el mundo, diferencia que es de 50 y casi 100 veces mayor<sup>18</sup>.

Dentro de la atención materno-infantil se han implementado programas para la atención del niño con el propósito de reducir la mortalidad infantil. También se ha desarrollado progresivamente el Programa Nacional de Planificación Familiar; pero resulta visible que aún no se ha puesto en marcha un programa de atención materna y perinatal cuyo objetivo concreto sea la reducción de la mortalidad materna y perinatal. Sin embargo en 1989 se diseñó y publicó en el Ministerio de Salud un documento específico con el objetivo antes mencionado y que desafortunadamente no ha sido seguido de actividades concretas aún<sup>3</sup>.

#### CAUSAS DE LA MORTALIDAD MATERNA.—

La mortalidad materna refleja las diferencias de las condiciones de salud y de vida y se constituye en un buen indicador socio-económico. Refleja además la cobertura y calidad de los servicios de atención de la mujer en edad fértil<sup>19</sup>.

En todos los reportes revisados sobre mortalidad materna en relación a la causalidad se invoca siempre la Clasificación Internacional de Enfermedades, de la OMS<sup>20</sup>. Según ella resulta que las muertes maternas pueden ser de causa directa, indirecta o no relacionada. En el trabajo de Cervantes y col.<sup>5</sup> encontramos que dentro de la mortalidad hospitalaria en el Perú, las causas más importantes son las directas (85%), entre las que contamos la hemorragia, el aborto, la infección, la toxemia y otras, mientras que las causas indirectas representaron el 15%. En nuestro centro de trabajo, el Hospital "María Auxiliadora", las cifras de mortalidad materna están muy cerca del promedio nacional (290 por 100,000 n. v.), siendo igualmente las causas directas las más importantes: toxemia, aborto, infección y hemorragia.

No obstante lo anterior, cuando revisamos con Fathalla<sup>21</sup> "... ¿por qué murió la Sra. X...?", quien aparentemente falleció por hemorragia a consecuencia de una placenta previa, pero al ser examinada en detalle su historia se encuentra otros múltiples factores tanto o más importantes, muchos de carácter económico y social, los que realmente dieron origen a esa muerte. Además, con frecuencia se identifican factores inherentes a las personas que resultan determinantes del riesgo de enfermar y morir durante el embarazo, parto o puerperio, tales son: los embarazos en los extremos de la vida reproductiva, la multiparidad de 4 o mayor y el intervalo intergenésico menor de 2 años. Las tasas de mortalidad materna expresan además las condiciones económicas y sociales de los pueblos y en definitiva resultan como consecuencia de la falta de acceso de la mujer a los servicios de salud o por la poca calidad de los mismos<sup>2 5 13 19 21</sup>.

En uno de los documentos publicados por OPS/OMS<sup>13</sup> se identifican problemas en la atención materna que inciden en la alta prevalencia de la mortalidad a causa de complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Estos problemas son:

1. Tratamiento médico deficiente de las complicaciones.
2. Falta de recursos materiales elementales (sangre, medicamentos, equipos) y de personal calificado en las unidades de atención gineco-obstétricas.
3. Restricciones en el acceso de las embarazadas a los servicios, por limitaciones geográficas, culturales y económicas.
4. Falta de control prenatal

Puede verse claramente en esta relación, que los dos primeros ítems reflejan las condiciones de eficiencia y calidad de los servicios y los dos últimos reflejan la falta de acceso a los mismos.

## **ESTRATEGIAS GLOBALES PARA REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA EN EL PERU.**

De lo anteriormente expuesto resulta que cualquier programa para reducir la mortalidad materna deberá inscribirse en un escenario económico-social, caracterizado por una situación de profunda crisis económico financiera, agobiante deuda externa y creciente deuda social. Todas las propuestas para resolver los problemas de la mujer deben ser realistas considerando las restricciones de las inversiones sectoriales y creativas para proponer soluciones alternas que faciliten una amplia y decidida participación de la comunidad.

Además es necesario considerar que la mortalidad materna, siendo un hecho injusto es evitable, conocemos sus causas principales y desde hace mucho tiempo se cuenta con los conocimientos y la tecnología para su control.

En diferentes documentos<sup>9 13 22 23</sup>, se reporta que todo programa para reducir la mortalidad materna debe tener un enfoque sistémico y regirse por los siguientes principios generales:

1. Dar énfasis a la prevención de los embarazos no deseados y de la morbilidad del embarazo.
2. Prestar servicios de salud materna a nivel local mediante unidades de atención primaria y a través de la integración con otros sectores que incluye los organismos de la comunidad.
3. Utilizar tecnologías apropiadas.
4. Unificar los servicios de salud materna y de planificación familiar.
5. Desarrollar hogares de maternidad para embarazadas de alto riesgo que habitan a gran distancia de los centros de atención especializada.
6. Disponer de un sistema de alarma y transporte.

7. Circular información entre los diversos niveles del sistema, incluyendo la comunidad, en ambos sentidos.
8. Organizar y movilizar la comunidad en la lucha contra la mortalidad materna.  
Con esta óptica diferente y con el propósito

de reducir la mortalidad materna en el Perú en por lo menos un 50% para el año 2000, en la reunión del grupo de trabajo sobre mortalidad materna, realizada en el CLAP de Montevideo y convocada por OPS/OMS en Febrero de 1990 nos permitimos presentar un reporte con estrategia globales a fin de encarar esta tragedia<sup>24</sup>. Tales estrategias son las siguientes:

1. **CONCERTACION NACIONAL EN TORNO A LA MUJER.**— El propósito es formar una gran alianza en favor de la vida y el bienestar de las madres y de las futuras madres, particularmente de las más pobres. Todas las organizaciones sociales, los medios de difusión, los partidos políticos, las instituciones científicas y académicas, los colegios profesionales, las instituciones religiosas, las organizaciones de mujeres, las instituciones gremiales y los sectores de la economía deben comprometerse en una gran cruzada nacional para mejorar las condiciones de vida de las madres. En este sentido existe un bello antecedente, conocido por muchos, cuando en 1988 se lanzó a través del Ministerio de Salud el Plan Trienal Multisectorial de Protección de la Salud del Niño, que convocó y logró la participación de todas las instituciones representativas del país<sup>1</sup>. Este Plan que dió tan buenos resultados, desafortunadamente se frustró.
2. **PARTICIPACION COMUNITARIA.**— La gran concertación nacional en favor de las madres debe hacerse fundamentalmente buscando vincular al sector institucional con las justas expectativas de reivindicación social de los sectores populares, reconociendo que la salud es un derecho universal amparado por la Constitución del Estado<sup>25</sup>. Corresponde al sector salud cooperar con las

mayorías nacionales en favor de mejores niveles de vida y mayor salud. Existe en América Latina tradición solidaria que es necesario aprovechar y desarrollar a través de las organizaciones de base, dentro de las que destacan las organizaciones de mujeres y las organizaciones de las comunidades campesinas.

3. **ATENCION PRIMARIA.**— Entendida esta como una estrategia de atención básica e indispensable que se presta a los individuos, la comunidad o el medio ambiente y que está orientada a promover y proteger la salud, prevenir las enfermedades, controlar los riesgos y tratar los problemas de salud más comunes a través de una organización básica y amplia de servicios. Se debe resaltar la necesidad de promover el autocuidado de las personas.
4. **DESCENTRALIZACION Y REGIONALIZACION.**— Afortunadamente en el Perú ya se ha dado la decisión política que asegura dentro del proceso de democratización, el traslado de responsabilidades y recursos hacia la periferie a través de los organismos elegidos por el pueblo.
5. **DESARROLLO DE TECNOLOGIAS APROPIADAS.**— Sin negar la existencia y la utilidad de las tecnologías sofisticadas aplicables a problemas complejos, con frecuencia las tecnologías simples y de bajo costo se constituyen en poderosos aliados para resolver gran parte de los problemas de nuestra sociedad.
6. **REFORZAMIENTO DEL SECTOR SALUD Y PRIORIZACION DE ACTIVIDADES ESPECIFICAS.**— Los servicios de todo el sector necesitan potenciarse recíprocamente a través de una eficaz coordinación, así como necesitan reforzarse y expandirse para ampliar las coberturas y mejorar la calidad.
7. **DESARROLLO DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD.**— Identificados estos como organismos operativos para implementar políticas y programas dentro de un

área geográfica, política y poblacional bien definida y que orienta las acciones multi-sectoriales, la descentralización y la participación social, en donde se buscan, dentro de un planeamiento estratégico de base, las soluciones a las necesidades de salud identificadas por la propia comunidad<sup>4 26</sup>. Podemos apreciar que los sistemas locales de salud sintetizan las anteriores estrategias mencionadas.

8. **ATENCIÓN DE LA SALUD MATERNA CON ENFOQUE DE RIESGO.**— Significa esto desarrollar la atención de la madre con equidad y justicia distributiva, proporcionando mayor cuidado a aquellos grupos más vulnerables y aquellos casos con problemas más complejos, y otorgando cuidados básicos a aquellos problemas sencillos<sup>27 28</sup>. Esta estrategia de la atención de la salud necesita estar vinculada con la necesidad de la atención por niveles y el desarrollo de un sistema de referencia y contrareferencia. Conviene enfatizar la necesidad de reforzar el desarrollo de las instituciones de salud que constituyen el primer nivel de referencia cuidando de apoyar la implementación de las funciones obstétricas esenciales<sup>26</sup>.

#### ESTRATEGIAS ESPECIFICAS.—

En esta sección hemos querido resumir una serie de propuestas que se han hecho en documentos y reuniones locales, subregionales, regionales é interregionales, en algunas de las cuales hemos participado<sup>3 4 9 10 13 19 22 23 24 26 29 30 31 32</sup>. A ello queremos agregar parte de nuestros propios puntos de vista.

Es necesario reiterar que el cambio de la salud de la mujer y la mejoría de su salud reproductiva están condicionadas por las acciones sectoriales e intersectoriales de promoción y desarrollo de la población femenina y las relativas al incremento de la cobertura y al mejoramiento de la calidad de la atención de la salud reproductiva.

Las dos áreas de acción (sectorial e intersectorial) representan un compromiso político

explícito que implica legislación, políticas institucionales y programas de acción que incluyen la cooperación internacional para apoyar e implementar medidas convergentes que reflejan programática y financieramente la prioridad que se le asigna a la salud de la mujer. Todo esto representa un esfuerzo para obtener una proporción mayor del gasto público y asignar al problema de la muerte materna la máxima atención.

En este sentido, las estrategias específicas a desarrollar serían:

#### ESTRATEGIAS PARA LA PROMOCION DE LAS CONDICIONES DE SALUD DE LA MUJER.—

1. Desarrollar programas de salud integral de la mujer en todos los niveles que contemplan educación para la salud, planificación familiar, educación sexual e higiene reproductiva.
2. Actualizar la legislación existente de protección de la salud de la mujer y la familia.
3. Reforzar y mejorar los conocimientos y acciones de la comunidad.
4. Utilizar mejor los medios de comunicación social, grupal o interpersonal para promover los programas de salud de la mujer e incrementar el número de usuarios de los servicios de salud.
5. Estimular la participación de los grupos de mujeres y otros grupos de acción social.
6. Desarrollar programas integrales de regulación de la fecundidad con acceso irrestricto, a todos los usuarios que lo deseen, respetando su decisión informada y utilizando métodos cuya eficacia e inocuidad están debidamente comprobadas.
7. Apoyar el desarrollo de programas especiales de salud, educación sexual, riesgo reproductivo y planificación familiar en adolescentes.
8. Prevenir los embarazos no deseados.
9. Estimular el reconocimiento de la impor-

tancia de acciones de promoción y prevención y programas de atención integral de la mujer en todos los niveles del sector.

10. Reforzar los programas de alimentación complementaria a las gestantes con problemas nutricionales.

#### ESTRATEGIAS PARA EL MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS.—

1. Adecuar la organización y funcionamiento de los servicios conforme a la realidad local y a las necesidades de los usuarios, mediante la ampliación de los horarios de atención.
2. Reorientar los servicios de atención materna con base en el enfoque de riesgo y reforzar el sistema de referencia y contrareferencia, para lograr la atención prioritaria del embarazo de alto riesgo.
3. Mejorar las condiciones de eficiencia operativa de los servicios.
4. Promover en el personal de salud la atención humanizada y cálida a la mujer.
5. Eliminar las barreras económicas para el acceso de las mujeres a los servicios de salud.
6. Dotar a los establecimientos de salud con los insumos necesarios para realizar acciones de salud integral a la mujer en los servicios de atención prenatal, parto, puerperio y planificación familiar.
7. Fomentar el funcionamiento de hogares de gestantes de alto riesgo<sup>33</sup>.
8. Aumentar la cobertura, concentración y calidad de la atención prenatal, poniendo énfasis en la captación de gestantes del área rural y urbanomarginal.
9. Garantizar el seguimiento de los usuarios de los programas de planificación familiar.
10. Garantizar la atención médico-quirúrgica para los casos de aborto incompleto y brindar la atención integral para la prevención del mismo.

11. Garantizar el seguimiento del puerperio.
12. Implementar una red de Bancos de Sangre institucionales y comunitarios.
13. Integrar al sistema de salud a las parteras tradicionales y complementar sus conocimientos para garantizar la atención del embarazo y del parto en condiciones adecuadas<sup>34</sup>.
14. Aumentar la cobertura institucional del parto según enfoque de riesgo, aprovechando la capacidad subutilizada, reforzando el primer nivel de referencia y planteando la implementación del programa del alta precoz.
15. Aumentar la cobertura institucional del parto mediante la implementación de casas comunitarias para la atención del parto de bajo riesgo.
16. Mejorar los sistemas de transporte y comunicación de los establecimientos de salud para asegurar el acceso de los usuarios, la referencia y contrareferencia.
17. Enfatizar el desarrollo y reforzamiento del primer nivel de referencia.
18. Reforzar la infraestructura física, el equipamiento y dotación de suministros y medicamentos de los servicios y asegurar el mantenimiento preventivo y reparativo de equipos e instalaciones.
19. Aumentar la captación precoz de gestantes mediante la participación comunitaria y dar cabida a la atención institucional de un número mayor de embarazadas.

#### ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LOS SISTEMAS DE INFORMACION.—

1. Asegurar la existencia de un sistema de vigilancia epidemiológica sobre muertes de mujeres en edad fértil para proporcionar datos que permitan conocer la real magnitud del problema, la estructura de causas y los determinantes sociales de la mortalidad materna.

2. Instalar y hacer funcionar los comités de mortalidad materna a nivel nacional, regional, local e institucional.
3. Mejorar el sistema de registro y de información de todas las acciones durante el embarazo, parto, puerperio y planificación familiar. Proponemos específicamente la extensión del uso del Sistema Informático Perinatal<sup>36</sup>.
4. Extender el sistema de registro y recolección de la información hasta los niveles periféricos y la propia comunidad.

#### ESTRATEGIAS DE CAPACITACION.—

1. Elaborar o actualizar normas existentes para la atención del embarazo, parto y puerperio según riesgo.
2. Formar y capacitar al personal de salud materna, asegurando el desarrollo de programas de educación continua conjuntamente con las Universidades, sociedades científicas y otras instituciones formadoras de personal de salud<sup>37</sup>.
3. Producir material didáctico específico.

#### ESTRATEGIAS PARA LA INVESTIGACION.

1. Apoyar investigaciones sobre mortalidad materna enfatizando en el mejoramiento de los datos y el conocimiento estadístico y de

la etiología incluyendo causas de orden social.

2. Estimular las investigaciones operacionales.
3. Estimular la participación de las sociedades científicas, instituciones académicas, centros de investigación y de los propios trabajadores de los servicios de salud.

#### COMENTARIO FINAL.—

Conforme hemos afirmado anteriormente, la mortalidad materna es un problema de salud pública y como tal hemos querido presentar un conjunto de propuestas para su reducción, aplicando un enfoque sistémico.

De otro lado debemos aceptar que la muerte materna es un hecho inevitable, de allí la necesidad de una movilización nacional con participación popular, canalización de recursos nacionales y de la cooperación internacional. Se impone el mejoramiento de la infraestructura, la dotación de insumos, la formación y capacitación permanente de personal, así como acciones de educación para la salud, un conveniente sistema de información, registro, monitoreo y evaluación y acciones de investigación. Con todos estos ingredientes y con nuestra participación decidida podremos contribuir al desarrollo de una maternidad sin riesgo y como consecuencia disminuir las altas tasas de mortalidad materna que pesan aún sobre nuestras mujeres.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud. Plan Trienal Multisectorial de Protección de la Salud del Niño. Lima, Perú 1988.
2. TAVARA L. Mortalidad materna: El caso del Perú. II Reunión Subregional sobre salud materno-infantil. OPS/OMS. Quito, Ecuador, Feb. 1989.
3. Ministerio de Salud. Programas Nacionales de Atención Materno-infantil. Lima, Perú 1989.
4. OPS/OMS Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Washington D. C. 1989.
5. CERVANTES R., WATANABE T. y DENEGRÍ J. Muerte materna y muerte perinatal en los hospitales del Perú. Ministerio de Salud, Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, OPS/OMS. Lima, Perú 1988.
6. Ministerio de Salud. Dirección Técnica de Planificación Sectorial. Plan Operativo del Sector Salud. Lima, Perú 1988.
7. TAVARA L. Il medico e la sanita' in Perú. Incontro per una nuova solidarietà medica internazionale per l'infanzia e la famiglia. UNICEF, Comitato Italiano. Roma, Italia. Dic. 1988.

8. SCHWARCZ R. y DIAZ A.G. Algunos problemas asociados con la mortalidad materna y perinatal en las Américas. *Tecnologías Perinatales*. Publicación Científica CLAP 1166, Pág. 1-28.
9. WHO. *Interregional meeting on prevention of maternal mortality*. Geneva, Nov. 1985.
10. OMS. Conferencia internacional sobre maternidad sin riesgo. Nairobi, Kenya, Feb. 1987.
11. OPS/OMS. XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS. Resolución XIII. Washington D.C., Set. 1988.
12. PINILLOS L. Prefacio. *Programas Nacionales de Atención Materno-infantil*. Ministerio de Salud. Lima, Perú 1989.
13. OPS/OMS. Programa de Salud Materno-infantil. Elementos básicos para el estudio y la prevención de la mortalidad materna. Fascículo II, Washington D. C. 1988.
14. TAVARA L. La Salud Perinatal. Jornada Nacional de Salud Perinatal. Ministerio de Salud. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Red Peruana de Perinatología. Lima, Perú, Nov. 1988.
15. Ministerio de Salud. Dirección Técnica de Planificación Sectorial. Perú: Indicadores del sector Salud. Lima, Perú 1989.
16. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta demográfica y de salud familiar. Lima, Perú, Abril 1988.
17. TAVARA L. El alta precoz: alternativa de la atención institucional del parto. *Boletín de la Red Peruana de Perinatología*. Año 3, N° 1, Marzo 1990.
18. OPS/OMS. La salud de la mujer en Las Américas. Publicación científica. N° 488, 1985.
19. OPS/OMS. Programa de Salud Materno-infantil. Estrategias para la prevención de la mortalidad materna en Las Américas. Fascículo IV, Washington, Agosto 1989.
20. OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades. Novena revisión, 1975.
21. FATHALLA M. F. The causes of maternal deaths. A global review interregional meeting on prevention of maternal mortality. WHO, Geneva, Nov. 1985.
22. HERZ B. and MEASHAM A. The safe motherhood initiative: proposals for action. The World Bank. Washington D. C., 1987.
23. WHO. Essential obstetrics functions of first referral level. Report of a technical working group. Geneva, June 1986.
24. TAVARA L. Reporte para la reunión del grupo de trabajo sobre mortalidad materna. OPS/OMS. CLAP, Montevideo, Uruguay, Feb. 1990.
25. Constitución Política del Perú, 1979.
26. OPS/OMS. Programa de Salud materno-infantil. Funciones obstétricas esenciales en el primer nivel de referencia. Fascículo IV. Washington D. C. 1989.
27. OPS/OMS. Manual sobre enfoque de riesgo en la atención materno-infantil. Washington D. C., 1986.
28. DIAZ A. G. y SHWARCZ R. El enfoque de riesgo y la atención materno-infantil. *Tecnología Perinatales*. Pub. Cientif. CLAP 1166, Pág. 91-105.
29. OPS/OMS. Programa de salud materno-infantil. Documento de referencia sobre estudio y prevención de la mortalidad materna. Fascículo I. Washington D. C., Nov. 1986.
30. OPS/OMS. Informe final de la reunión subregional sobre prevención de la mortalidad materna en Centroamérica y Panamá. Managua, Nicaragua, Set. 1989.
31. OPS/OMS. Programa de salud materno-infantil. Reunión Regional sobre prevención de la mortalidad materna. Informe final. Campinas, Sao Paulo, Brasil, Abril 1988.
32. OPS/OMS. Plan de acción conjunta para la Subregión Andina. Segunda reunión subregional sobre salud materno-infantil. Informe Final. Quito, Ecuador, Feb. 1989.
33. CABEZAS E. Hogares maternos: Experiencia cubana. Folleto. La Habana, Cuba, 1990.
34. Proyecto: Estrategias de atención del parto domiciliario por parteras tradicionales, primer borrador. OPS/OMS, Feb. 1990.
35. Farnot U. Auditoría médica de las defunciones maternas en Cuba. Reporte presentado a la reunión del grupo de trabajo sobre mortalidad materna. OPS/OMS. CLAP, Montevideo, Uruguay, Feb. 1990.
36. DIAZ A. G. et. al. Sistema Informático Perinatal. OPS/OMS. Pub. Cientif. CLAP 1203. Montevideo, Uruguay, Enero 1990
37. TAVARA L. Crisis en la formación del médico en el área materno-infantil. Symposium de Educación Médica. Décimo Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Lima, Perú, Set. 1990.

\* \* \* \* \*