

## Mortalidad materna en Cuba

### *Maternal Mortality in Cuba*

Maydeé Vázquez Padilla\*

**ARTÍCULO ORIGINAL** | Recibido: 20 de junio de 2019  
Aceptado: 28 de julio de 2019

#### Resumen

La mortalidad materna es uno de los indicadores que refleja con mayor precisión inequidades que pueden existir en cuanto a la atención de salud de las mujeres. Resulta de prioridad no solo para las entidades de salud sino también para todo el país el constante monitoreo y seguimiento de este indicador, con el principal objetivo de trazar acciones de salud centradas en su disminución. Un dato bien conocido es que es un indicador que progresa lentamente y que se resiste a entrar en un proceso de declinación sostenida, de ahí la pertinencia de estudiar a mayor profundidad su comportamiento. El presente trabajo tiene como objetivo fundamental brindar una sistematización de los principales resultados en torno al tema de la mortalidad en Cuba a partir de su proceso de transición, y resaltar la mortalidad materna y sus especificidades, para mayor conocimiento de cómo abordar esta temática.

#### Palabras clave

Demografía, mortalidad, mortalidad materna, transición de la mortalidad.

#### Abstract

*Maternal mortality is one of the indicators that more accurately reflects the inequities that may exist in terms of women's health care. The constant monitoring and follow-up of this indicator is a priority not only for health entities but also for the entire country, with the main objective of mapping health actions focused on its reduction. A well-known fact is that it is an indicator that progresses slowly and that resists entering a process of sustained decline, hence the relevance of studying its behavior in greater depth. The main objective of this paper is to provide a systematization of the main results regarding the issue of mortality in Cuba from its transition process, and highlighting maternal mortality and its specificities, for greater knowledge of how to approach this topic.*

#### Keywords

*Demography, mortality, maternal mortality, mortality transition.*

\* LMáster en Estudios de Población. Centro de Estudios Demográficos (CEDEM), Universidad de La Habana, Cuba.  
[maydee@cedem.uh.cu](mailto:maydee@cedem.uh.cu)

## Introducción

La mortalidad materna es uno de los indicadores considerados de mayor importancia para medir el estado de salud en una población, pero este único aspecto no es suficiente para comprender la magnitud de su valor. Su reducción es uno de los principales objetivos de varias conferencias internacionales recientes y ha sido incluido en el Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible: “De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos” (CEPAL, 2016, p. 13).

Medir la mortalidad materna presenta un alto nivel de complejidad, ya que existen dificultades para comparar los datos obtenidos de diferentes fuentes y establecer la real magnitud del problema. No obstante, puede afirmarse que es un aspecto de la salud que no ha mejorado de forma significativa en los últimos decenios. A escala mundial, en el año 2000 ocurrieron alrededor de 529 000 mujeres maternas (WHO, UNICEF y UNFPA, 2000). Esto puede llamarse “el escándalo de nuestro tiempo” (Cabezas, 2006).

Cuando el índice de mortalidad materna es elevado, constituye un problema de salud que puede tener efectos negativos en una nación, sobre todo si se tiene en cuenta que un número importante de ellas (más del 90 %), son evitables. Lo señalado anteriormente se acentúa cuando se sabe que, a escala global, cada minuto muere una mujer por causas relacionadas con el embarazo, parto y/o puerperio.

La mortalidad materna es un problema de salud no resuelto en la mayoría de los países, incluido el nuestro, donde la tasa de mortalidad materna es de las más bajas de América Latina, pero aún está lejos de los índices alcanzados por los países desarrollados. Para comprender con mayor precisión las cifras obtenidas en este indicador hasta nuestros días, resulta interesante comenzar por el análisis del proceso transicional de la mortalidad en Cuba.

## La transición de la mortalidad en Cuba. Aspectos a considerar

El proceso de transición de la mortalidad en Cuba posee tres características fundamentales: el inicio abrupto de su transición hacia niveles bajos, el paso acelerado de sus estadios y una aparente falta de instrumentalidad de los factores económicos (Albizu-Campos, 2014).

La mortalidad de la población cubana comienza su transición a inicios del siglo XX, condicionada en gran medida por el progreso que en términos de salud, tecnología, cultura y nutrición se había puesto en práctica. Luego, avanzado el siglo, se aceleró hasta finales de los años cincuenta, continuando con un proceso de avance cada vez más lento que culmina con el traspaso del umbral de los 70 años de esperanza de vida al nacer.

Para los años 1988 y 1989, Cuba se encontraba entre el grupo de países en el mundo donde la esperanza de vida para ambos sexos sobrepasaba los 75 años o se encontraban muy cerca de esta cifra. La mortalidad infantil, por su parte, era de aproximadamente 10 defunciones por cada mil nacidos vivos (Albizu-Campos, 2014).

La principal distinción de la transición cubana es que los avances en los indicadores antes descritos fueron alcanzados en condiciones de subdesarrollo. Esta particularidad trajo consigo interpretaciones que apuntaban a la existencia de cierta independencia entre el grado de desarrollo económico en el país y la amplitud de la capacidad de supervivencia de la población.

Sin embargo, se debe tener en cuenta que, en el período de la primera ocupación norteamericana, a inicios del siglo XX, el país comienza a experimentar cambios trascendentales en su calidad de vida que se reflejan en los indicadores de mortalidad y, por tanto, acompañan este período de transición. De esta forma, se puede ver cómo la implementación de varias medidas basadas fundamentalmente en la transferencia tecnológica de un país a otro, así como en la puesta en práctica de programas dedicados a las mejoras higiénico-ambientales, el control y erradicación de la propagación de vectores, puede conducir a la disminución consistente de la mortalidad en un breve período de tiempo (Albizu-Campos, 2014).

La atención jerarquizada que se le brinda dentro del sistema de salud a la reducción de la mortalidad infantil, y al Programa de Atención Materno Infantil (PAMI) desarrollado desde inicios de la década del ochenta con la cooperación de las Naciones Unidas, se refleja, entre otros indicadores, en una reducción de la tasa en un 70% entre 1963-1965 y 1988-1990. Dicho avance coloca a nuestro país, aun en su condición de subdesarrollo, como uno de los de más baja mortalidad dentro de los latinoamericanos, y comparable con la de países desarrollados (Catasús y Bonet, 1994).

Es así como se reconocen en la literatura otras cuatro características que también distinguen al patrón cubano actual de mortalidad. La primera de ellas es el reducido diferencial por sexos de la esperanza de vida al nacer que apenas superó en algunos períodos de tiempo los 4 años, por el contrario del resto de los países con similar nivel del indicador donde el diferencial es muy superior al cubano (Albizu-Campos, 2014).

En segundo lugar, la persistencia de una sobremortalidad de las mujeres en varias causas de muerte como son la diabetes mellitus, las enfermedades cerebro-vasculares, psicosis, las caídas accidentales y otros accidentes no asociados a la circulación, los tumores malignos del aparato genito-urinario; y el aumento de la mortalidad de las mujeres relacionada con el consumo del alcohol, el tabaco, que a su vez refuerzan la acción de otras enfermedades de incidencia solo en ese sexo, tales como las causas de muerte obstétricas, el tumor maligno del cuello y de otras partes del útero, así como el de mama (Albizu-Campos, 2014).

El tercer rasgo lo constituye la persistencia de las enfermedades infecciosas en el país, que se combinan con otras enfermedades de causa endógena, a pesar de todos los avances que en el sector de salud hemos experimentado.

Mientras que, como cuarta característica, la persistencia de un comportamiento diferencial en la evolución de la capacidad de supervivencia de algunos grupos que marchan en desventaja; notablemente, la población no blanca (Albizu-Campos, 2014; Cabrera, 2014).

En nuestro país contamos con los trabajos desarrollados por Albizu-Campos (2005, 2008), los cuales nos develan el rol que juega el color de la

piel como diferencial de la mortalidad y la necesidad de poner en práctica los resultados encontrados en el diseño de instrumentos para la configuración e implementación de acciones focalizadas a nivel social y de programas de salud.

En estos estudios se demuestra que, en el caso de la mujer no blanca, se verifica con mayor fuerza su desventaja en términos de esperanza de vida. Es decir, su desventaja de capacidad de supervivencia con relación a las mujeres blancas es siempre superior a lo encontrado entre los hombres no blancos, llegando a ser incluso dos veces mayor en la región oriental y cinco veces más en la zona rural (Albizu-Campos, 2008).

A su vez, en el primer año de vida, se observa que la mortalidad de los niños no blancos menores de un año es superior a la de los blancos, y si a esto se le suma que nacen en condiciones de bajo peso, pues muestran un mayor nivel de riesgo de muerte (Albizu-Campos, 2008).

A nivel regional en el país, el color de la piel también muestra sus particularidades, tanto es así que en la zona rural de Cuba las ventajas femeninas, en términos de capacidad de supervivencia, son notablemente inferiores a las observadas en la población urbana; las mujeres blancas quedan de manera significativa por debajo de los tres años de diferencia, mientras que en las no blancas apenas se supera el año de esperanza de vida al nacer con relación a los hombres, y la desventaja de las mujeres no blancas es más de cinco veces la que experimentan los hombres no blancos, lo cual nos podría estar indicando que ser mujer-no blanca-rural es aún una cuestión a tratar a nivel de políticas de salud (Albizu-Campos, 2008).

Sobre la mortalidad materna en Cuba, que hoy en día sigue siendo uno de los principales focos de atención en el sector de la salud, el doctor Albizu-Campos (2008) nos muestra una sobremortalidad de las mujeres no blancas, en las edades reproductivas fundamentales (desde los 15 hasta los 39 años), por mortalidad materna directa y por secuelas de causas obstétricas directas. De ahí que el color de la piel no blanco constituya un diferencial a tener en cuenta en el marco del programa materno-infantil.

## La mortalidad materna en la región de América Latina

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la mortalidad materna como “la defunción de una mujer durante la gestación, el parto o durante los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de su localización anatómico-fisiológica, relacionada o agravada por el proceso de embarazo mismo, del parto, el puerperio o su atención” (OMS, 2000, p.11).

Es considerada uno de los principales problemas de salud pública a los que se enfrentan los países de nuestra región. Su prevalencia nos da cuenta de insuficiencias en los sistemas de salud, principalmente en aquellos orientados a la detección y el tratamiento oportuno de complicaciones de salud que pueden presentar las mujeres durante el embarazo, el parto o puerperio y que, por lo tanto, limitan el ejercicio de su derecho a una maternidad segura.

Es por esta razón que la reducción de la mortalidad materna constituye una prioridad plasmada, primeramente, en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en los cuales figuraba como quinto objetivo el reducirla en tres cuartas partes en el período 1990-2015; y posteriormente en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), como la primera meta del objetivo 3: “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, el reducir la tasa mundial a 70 muertes por cada 100 000 nacimientos, ya que según datos del Observatorio Global de Salud de la OMS para el 2015 el valor mundial de este indicador fue de 216 muertes maternas por cada 100 000 nacimientos.

En América Latina y el Caribe el derecho de toda mujer a disfrutar de una maternidad segura parece aún, en la actualidad, una posibilidad muy remota para algunos países de esta región. El nivel de marginación que sufren amplios sectores de la población femenina, ya sea en relación con el empleo, la educación, la salud, así como el aislamiento cultural, físico y económico, tiene su expresión concreta en los niveles de fecundidad y mortalidad materna.

Así, durante el período 1990-1995 ocurrieron entre 20 000 y 28 000 muertes maternas anuales en la región, identificándose entonces como un grave problema económico, social, de salud, y que

constituye una de las primeras causas de muertes de las mujeres en edad reproductiva (Mora, s. a.).

Entre los factores que influyen en la muerte materna se hace mención de: el entorno económico, educativo, legal y familiar; el nivel de pobreza, el acceso a los recursos sociales y el grado de aislamiento; el estado de salud previo y la conducta reproductiva; y el acceso a los servicios de salud reproductiva de calidad (Mora, s. a., p. 142), la presencia o no de ciertos servicios generales y tecnología de salud.

A finales de la pasada década surge un interés por revertir esta situación, aumentando la preocupación a nivel nacional e internacional debido a la magnitud, impacto y determinantes del problema, así como la necesidad de su control.

Es así como la Conferencia Internacional sobre Mortalidad Materna, convocada por la OMS en 1985, da inicio a este proceso. Continuó posteriormente, en Nairobi, en la Conferencia que lanzó la Iniciativa para una Maternidad Segura, en 1987, y se potenció luego con las plataformas para la acción acordadas en las conferencias de Viena, 1993; El Cairo, 1994; Beijing, 1995, y Copenhague, 1995.

En América Latina y el Caribe este proceso se concreta en un Plan Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna, aprobado por todos los países de la región en la Conferencia Sanitaria Panamericana de 1990.

La validez de esta propuesta se basa en que toda muerte materna representa un importante problema social, familiar y de salud; además de ser un hecho evitable, sus causas son identificables y existen los conocimientos y la tecnología adecuada para lograr su reducción (Mora, s. a.).

La región de América Latina y el Caribe se caracteriza por tener elevadas tasas de mortalidad y morbilidad maternas. Las tasas más altas en el mundo se encuentran entre los extremos de edad de las mujeres.

Muchas mujeres en la región acceden al aborto clandestino a costos económicos, sociales y morales muy altos, a pesar de que es prohibido por la legislación. Debido a su alto costo, las mujeres que viven en condiciones de pobreza tienen menos posibilidades de acceder a él, por tanto, la mayoría de los abortos ocurren en condiciones de muy alto riesgo.

Complicaciones como el parto prematuro, el bajo peso del recién nacido, la mortalidad perinatal, se relacionan, entre otras condicionantes psicosociales y culturales, con la menor probabilidad de que se solicite atención médica, que la misma sea tardía, y con la situación de pobreza de un porcentaje importante de la población.

### Mortalidad materna en Cuba

Como en otros contextos, Cuba ha incorporado en su políticas y programas de salud la reducción de la mortalidad materna como uno de los principales objetivos, tal y como se ha propuesto en el contexto internacional, incluyendo los objetivos de desarrollo del milenio y los actuales objetivos de desarrollo sustentable.

A pesar de la magnitud de este problema, no es hasta mediados de la década de los ochenta que se comienza a cuestionar el enfoque de los Programas Materno Infantiles tradicionales centrados en cuidar la salud de las madres, pero más con el fin de beneficiar la salud de los niños que el propio bienestar de las mujeres.

En la década de 1950-1959, la mortalidad materna en Cuba alcanzó una razón de 137,8 por 100 000 nacidos vivos (Cabezas, 2006), cifra elevada, aunque en aquel entonces era inferior a la de algunos países de la región latinoamericana.

Al igual que lo ocurrido con otros indicadores de mortalidad en el país hacia finales de esa década, la mortalidad materna continuó su progreso hacia niveles más bajos y ya en el decenio siguiente, 1960-1969, se produjeron cambios significativos, no solo a nivel de la salud pública, sino también en la actividad social y económica de la población cubana, de los cuales muchos atañen de forma particular a la mujer, y estuvieron en la base y acompañaron el proceso de incremento de la sobrevivencia materno-infantil.

La disminución progresiva de la mortalidad materna en el país llevó a que la razón de muerte materna descendiera a 96,7 por 100 000 nacidos vivos, lo que significó un descenso de casi un 30% en relación con el decenio de 1950 a 1959 (Cabeza, 2006).

Entre las medidas que influyeron en la disminución de la mortalidad materna se destaca la creación del Ministerio de Salud Pública en la década

del sesenta, que entre sus principios asumidos se encuentran:

- La gratuidad de la asistencia médica y la accesibilidad total de la población a los servicios de salud, en el mes mayo de 1960.
- La implantación del servicio médico social rural en el año 1960.
- La creación de los puestos médicos y de los hospitales rurales en 1960.
- La Campaña de Alfabetización en el año 1961, que tuvo un impacto indiscutible sobre la salud pública.
- La creación de los hogares maternos, el primero creado en Camagüey por el doctor Rojas Ochoa en el año 1962.
- Introducción en el país de métodos anticonceptivos para la planificación familiar.
- En el año 1968 se comienza a realizar el aborto voluntario de forma gratuita en los hospitales de maternidad.

Con la llegada de la Revolución, muchos médicos cubanos deciden salir del país, fenómeno que provocó una falta en el personal de salud y el aumento de la mortalidad materna asociada a la práctica del aborto en situaciones desfavorables. Así, se manifiesta por el Gobierno un mayor control sobre la práctica del aborto, que comienza a propagarse de manera ilegal (Alfonso, 2009).

Posteriormente, la década de 1970-1979 estuvo marcada por un descenso de la mortalidad materna, que bajó de 96,7 en la década anterior a 57,6 por 100 000 nacidos vivos, lo que significó una disminución de un 40,4% en la razón de muertes maternas en esos diez años (Cabezas, 2006) y una reducción de 2,4 veces con relación a 1959, es decir, una declinación media anual de casi 3%.

En esta etapa se realizaron varios cambios en la atención materno-infantil, como fueron:

- Inicio del Programa Nacional para la Reducción de la Mortalidad Infantil.
- Ampliación de los servicios a la población rural.
- Nueva división político-administrativa del país (1976).
- Aumenta el número de controles prenatales a 11 consultas por parto.

En la década de 1980-1989 la razón de mortalidad materna fue de 35,4 por 100 000 nacidos

vivos, lo que significó un descenso de 38,5% en relación con el decenio anterior (Cabezas, 2006), simultáneamente con la ejecución de una serie de acciones que fueron influyentes en la atención materno-infantil:

- La implementación del sistema del médico y la enfermera de la familia en el año 1983.
- Se implanta el Programa Materno Infantil en 1983, que se actualiza en 1989.
- Extensión a todo el país de las salas de cuidados especiales perinatales, así como de las salas de terapia intensiva.
- En el año 1988 se comienza la práctica de la regulación menstrual.
- Se observan descensos importantes en algunas causas. La mortalidad materna por hemorragia disminuye de 5,4 por 100 000 nacidos vivos a 2,2, mientras que la provocada por el aborto desciende de 12,2 a 6,1 y por toxemia se reduce de 6,1 a 4,6 por 100 000 nacidos vivos.
- Comienzan a registrarse las muertes maternas por causas indirectas.

En el período de 1990-1999 la razón de mortalidad materna fue de 30,8 por 100 000 nacidos vivos, observándose un descenso de un 13% en relación con la década anterior (Cabezas, 2006).

A pesar de que en esta etapa comienza en el país lo que todos conocemos como el Período Especial, una crisis económica severa, se siguieron desarrollando y perfeccionando acciones que contribuyeron a la disminución de la mortalidad ma-

terna, tales como el mejoramiento de la atención prenatal, la atención primaria de salud, los hogares maternos, las salas de cuidados especiales perinatales, la atención al parto y las salas de terapia intensiva (Cabezas, 2006).

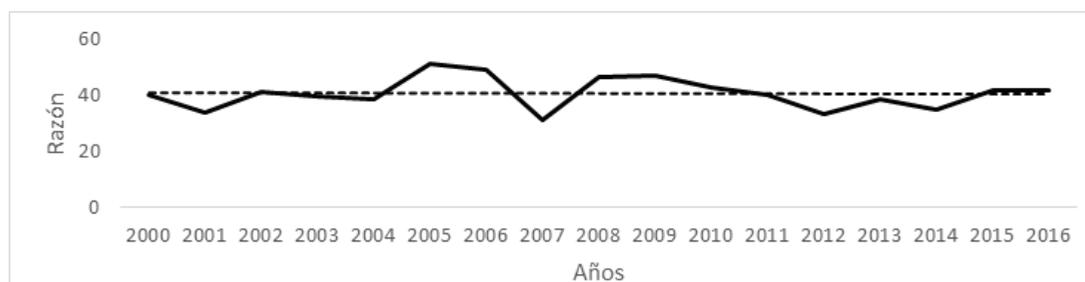
En ese decenio la mortalidad materna asociada al aborto comienza a mostrar cierta tendencia a la disminución de su proporción, que de 6,1 en la década anterior disminuyó a 1,8 (Cabezas, 2006). No obstante ese descenso, esta causa de muerte llegó a ser equivalente a más de un quinto de todas las muertes ocurridas en las edades entre 15 y 39 años (Albizu-Campos, 2014).

También descendió la razón de mortalidad materna por hemorragia, que pasó de 2,2 en el período anterior a 1,8 en este decenio. La razón de mortalidad materna por toxemia se mantuvo igual a la década anterior, 4,6 por 100 000 nacidos vivos.

Aunque es evidente que tales logros condujeron a un mejoramiento sustancial de las condiciones de sobrevivencia en las mujeres por complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio, el uso de indicadores no refinados, como la razón de muerte materna a la que se ha hecho alusión, podría estar escondiendo comportamientos del fenómeno tendientes a un estancamiento o incrementos coyunturales.

Desde el 2000 hasta el 2016 se observa que la tasa de mortalidad materna se ha caracterizado por una cierta estabilización en sus cifras. Como promedio se registra en ese período una razón de mortalidad materna de 43,3 por 100 000 nacidos vivos (figura 1).

**Figura 1. Razón de mortalidad materna.<sup>1</sup> Cuba, período 2000-2016**



Fuente: Elaborada por la autora a partir de los datos publicados por el Ministerio de Salud Pública en el Anuario Estadístico de Salud 2016 y los datos obtenidos de las series de tiempo Cuba 1970-2013.

<sup>1</sup> Razón de mortalidad materna: número de muertes maternas entre el número de nacidos vivos.

Nótese en la figura cómo la mortalidad materna tuvo un descenso durante el año 2006, donde se conoce que la provincia que tiene un decrecimiento más significativo es Santiago de Cuba al pasar de 86,6 en el 2006 a 8,1 por cien mil nacidos vivos en el 2007. La mortalidad materna crece en el año 2007 con relación al año anterior en las provincias de Sancti Spíritus, Holguín y Guantánamo (MINSAP, 2008, p. 82).

Para finales de este período se puede observar en la figura un estancamiento del indicador, tal y como hemos mencionado con anterioridad.

En el trienio 2014, 2015 y 2016, la principal causa directa de la muerte materna la ocupan las complicaciones relacionadas con el puerperio, como pueden ser la embolia obstétrica y las infecciones puerperales; y entre las causas indirectas, las enfermedades del sistema circulatorio ocupan el primer lugar (MINSAP, 2016, p. 80).

La línea de tendencia que muestra el gráfico evidencia cómo la mortalidad materna constituye un indicador que apenas cambia con el paso del tiempo, mostrando esencialmente resistencia al descenso.

## Conclusiones

La mortalidad materna constituye un tema poco estudiado en nuestro país, un dato bien conocido es que es un indicador que progresa lentamente y que se resiste a entrar en un proceso de declinación sostenida como lo ha hecho, por ejemplo, la mortalidad infantil, de ahí la pertinencia de estudiar a mayor profundidad su comportamiento.

El estudio y conocimiento de sus causas, junto con las recomendaciones médicas sobre el control prenatal, nos permitirían entender el fenómeno de la muerte materna y tal vez visualizar elementos que fomenten la creación de propuestas que contengan enfoques diversos, con el principal objetivo de disminuir la presencia de dicho fenómeno.

## Referencias bibliográficas

- ALBIZU-CAMPOS, J. C. (2005). Cuba. La muerte y el color. *Revista Electrónica Zacatecana de Población y Sociedad*, 6(26).
- \_\_\_\_\_. (2008). Contrapunteo cubano de la muerte y el color. *Revista Electrónica Novedades en Población*, 4(7), 74-266.
- \_\_\_\_\_. (2014). *Mortalidad en Cuba* (Vol. 1). La Habana, Cuba: Editorial CEDEM.
- ALFONSO, M. (2009). *La singularidad de una segunda transición demográfica en Cuba* (Tesis de Doctorado). Universidad de La Habana, La Habana, Cuba.
- CABEZAS, E. (2006). Evolución de la mortalidad materna en Cuba. *Revista Cubana Salud Pública*, 32 (1).
- CABRERA, F. (2014). *El color de la piel como diferencial ante el riesgo de muerte en el oriente de Cuba. Una aproximación desde el espacio geográfico*. La Habana, Cuba: Editorial CEDEM.
- CATASÚS, S. Y BONET, M. (1994). La transición de la salud y de la mortalidad en Cuba. En *Aspectos relevantes de la Transición Demográfica en Cuba* (pp. 18-39). La Habana: Centro de Estudios Demográficos - Universidad de La Habana.
- CEPAL. (2016). *Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe*. CEPAL.
- MINSAP (2008). Anuario Estadístico de Salud Pública. La Habana, Cuba.
- \_\_\_\_\_. (2014). Indicadores del estado de salud de la población. Series de tiempo Cuba 1970-2013. La Habana, Cuba.
- \_\_\_\_\_. (2016). Anuario Estadístico de Salud Pública. La Habana, Cuba.
- MORA, E. G. (s. a.). Mortalidad materna: Un problema de salud pública. En J. Alberts, & H. Toro (Eds.). *Temas de Salud Pública en el Nuevo Contexto de la Salud Reproductiva* (pp. 141-159). Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2000). *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: guía para obstetras y médicos*. Ginebra: OMS. Recuperado de: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_RHR\\_00.7\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_RHR_00.7_fre.pdf)
- WHO, UNICEF Y UNFPA (2000). *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed*.