



EDITORIAL

Mortalidad y morbilidad materna: ¿la gestación se ha vuelto más segura para las mujeres?

Marge Berer

Editora, Reproductive Health Matters, London, UK. E-mail (nuevo): mberer@rhjournal.org.uk

ESTE año se cumple el vigésimo aniversario de la Iniciativa por una Maternidad Segura de la OMS, lanzada en Nairobi en 1987. A manera de contribución de RHM a la generación de una base de conocimientos para los programas de maternidad segura en el futuro, nos preguntamos si efectivamente la gestación se está volviendo más segura para las mujeres. La respuesta reflejada en los artículos publicados en este número es: sí – y no.

“... la mortalidad materna sigue siendo el indicador de salud de la población que revela de manera más descarnada las profundas inequidades de nuestro tiempo...” (Lynn Freedman)

¿Cuál es la información real? Las tasas de mortalidad materna en las principales regiones del mundo evaluadas alrededor del año 1990 han sido calculadas utilizando el mismo método aplicado para estimar la mortalidad materna en el año 2005, a fin de que las cifras sean comparables. En este número de la revista* se resumen algunos datos, mostrando que:

- En el año 2005, a nivel mundial, alrededor de 536,000 mujeres murieron por complicaciones de la gestación, parto o aborto inseguro, lo que representa una disminución de 7% en el número estimado de muertes maternas respecto a 1990.
- Se produjo una disminución de 5.4% en la tasa global de mortalidad materna, que descendió de 430 a 400 por 100,000 nacidos vivos en el lapso de quince años.

* Algunos ejemplos, datos y citas mencionados en esta editorial provienen de los artículos incluidos en este número de la revista.

- Se produjo una disminución mayor a 20% en el número de muertes en África del Norte, América Latina y el Caribe, Oceanía y las regiones más desarrolladas.
- La única región en la que se incrementó la muerte materna en este periodo fue África Subsahariana, debido a un aumento en el número de nacimientos y una muy poco significativa disminución en la tasa de mortalidad materna†

Los estudios muestran una drástica disminución de la mortalidad materna en algunos países en desarrollo a partir el año 1987, incluyendo Egipto, Honduras, Malasia, Sri Lanka y Tailandia. Existe consenso alrededor de los factores que mejor contribuyen a evitar muertes y morbilidad innecesarias en las mujeres y los recién nacidos: una buena nutrición y un tratamiento efectivo de condiciones crónicas como anemia, diabetes, VIH, tuberculosis y malaria durante la gestación; la atención del parto por personal calificado; y el acceso oportuno a una atención obstétrica de emergencia, en caso necesario.

Surge entonces la pregunta: por qué tanta lentitud para lograr avances, y por qué algunos países han mostrado poca o ninguna mejora, o su situación ha empeorado. Este número de RHM ofrece una poderosa mezcla de información cualitativa, cuantitativa y derivada de acciones programáticas, basada en una amplia variedad de experiencias de campo, con el fin de mostrar qué funciona, qué no, y por qué. Estas ilustran cómo:

† El reporte completo será publicado en (Octubre 2007) ¿? en La Mortalidad Materna en 2005: indicadores desarrollados por la OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial. Ginebra: WHO, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial, 2007.

- El cambio en los sistemas de salud constituye una intervención social, no sólo técnica;
- El contexto es crucial;
- La implementación de los cambios exige un manejo adecuado, y los procesos de monitoreo y evaluación deben favorecer el aprendizaje de quienes son evaluados para lograr el cambio.

Los países que buscan que la gestación sea más segura verán sus problemas reflejados de alguna manera en estas páginas, junto con una gran cantidad de información práctica de otros países en su búsqueda por comprender y actuar para resolver los problemas.

¿Razones para celebrar?

Hay muchas: la alta calidad de la investigación que descubrió la eficacia del sulfato de magnesio para tratar la eclampsia y pre-eclampsia severas; la habilidad para controlar la hemorragia postparto a través del manejo activo de la tercera etapa del parto, incluyendo el uso de misoprostol profiláctico; la atención segura del aborto utilizando la aspiración manual al vacío y mifepristone–misoprostol; y evidencia de alta calidad sobre otras intervenciones obstétricas efectivas, inefectivas y dañinas.

Al mismo tiempo, hay razones para estrujarnos las manos en señal de desesperación. Por ejemplo, un reciente estudio en Uganda encontró que la mayoría de establecimientos de salud que debían brindar servicios obstétricos esenciales carecían de equipamiento básico, infraestructura, agua corriente, electricidad y salas de operaciones en buen estado. En realidad, el 97.2% de los establecimientos de salud examinados tenían deficiencias en estos aspectos.¹

De manera similar, un estudio en el área rural de Karnataka, India, encontró que las altas tasas de mortalidad materna se mantenían a pesar que las mujeres con complicaciones obstétricas tenían acceso a diversos proveedores de salud. ¿Por qué? Debido –para empezar– a sistemas de información débiles, discontinuidad en el cuidado, falta de apoyo a los trabajadores de salud, escaso orden en los sistemas de referencia y distorsión en los mecanismos de rendición de cuentas. No se realizaba una revisión de los casos de muerte materna, ni se vinculaba la atención prenatal y el parto institucional con la atención postparto o la atención obstétrica de emergencia, y los trabajadores de salud utilizaban inyecciones de manera inapropiada, pero no trataban la anemia o la sepsis. La responsabilidad de esta situación se atribuía a los trabajadores de salud de menor nivel o a las mujeres mismas, sin prestar atención al rol que jugaban los proveedores informales. Tampoco se

resolvía las restricciones del sistema de prestación de servicios ni los problemas gerenciales existentes.

El deseo de actuar – o el estrujarnos las manos

La lista de causas directas e indirectas de muerte materna es universal y bien conocida, aunque su proporción difiere en las distintas poblaciones. Las recomendaciones sobre prevención, tratamiento y tipo de cuidado son también los mismos. Sin embargo, los artículos en este número muestran que la configuración de los problemas tiene múltiples niveles y no es igual en ninguno de los países. Además, las soluciones dependen en gran medida del contexto, dado que involucran una interacción entre las personas y una reacción hacia la política oficial y los objetivos programáticos.

¿Cuáles son estos problemas? El primero y más importante es la inacción.

“Aunque la desigualdad socio-económica determina en gran medida qué grupos de mujeres corren un mayor riesgo al salir embarazadas, las inequidades de género contribuyen a que sea aceptable descartar a la mortalidad materna por ser muy rara, muy complicada, muy resistente al cambio y difícil de medir, como para otorgarle una verdadera atención o recursos suficientes. El haber incluido la tasa de mortalidad materna como meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 hace que movamos retóricamente las manos en señal de desesperación y asegura la consideración de la mortalidad materna persistente en los Mapas de Ruta y planes nacionales. Pero su implementación requiere cierto nivel de enfoque, un compromiso con un cambio en el sistema, la construcción de capacidades, la inversión a largo plazo y paciencia, elementos que raras veces obtienen una recompensa en la práctica.”
(Lynn Freedman)

Por supuesto, nos estrujamos las manos, y parece que muy frecuentemente. Ahora es necesario, sin embargo, poner el dinero en la mesa y dejar el trabajo en manos de quienes harán posible una gestación, parto y aborto seguros, con prioridad en los países de África, donde la situación es cada vez peor.

La falta perpetua de recursos

Esto nos enfrenta al segundo problema – la eterna carencia de financiamiento para hacer bien las cosas –. Ya pasaron los días en que pensábamos que la respuesta era entrenar a las parteras tradicionales, sin realizar nin-

guna otra intervención. A pesar de ello, en los últimos 20 años los servicios de maternidad en los países en desarrollo han sido probablemente la prioridad global con menores recursos que se haya visto.

El Informe Mundial de Salud 2005 estima que para ampliar la atención calificada del parto y reducir a la mitad el número de muertes maternas en los países más pobres para el año 2015, se requeriría un costo adicional de US \$ 0.22–\$1.18 per cápita en el presupuesto de salud. Pero la atención calificada en este caso es sólo una parte del conjunto. Aun así, parece suficientemente económico asignar unos pocos dólares por persona para asegurar el futuro de las madres y niños del mundo. ¿Pero de dónde obtener los recursos, si multiplicamos esta cifra por las decenas de millones de personas, y consideramos todos los otros aspectos que contribuyen a que la gestación sea segura?

De hecho, un análisis reciente muestra una tendencia a la disminución en el aporte de la cooperación para los servicios de salud materna, situación que requiere ser revertida con urgencia. En el año 2004 se gastó un estimado de US\$1,990 millones en la salud de la madre, el recién nacido y el niño, lo que representó un escaso 2% del monto bruto de ayuda financiera a países en desarrollo, del cual, una proporción importante habría sido destinada a salud infantil y no materna.² Esta cifra resulta extremadamente insuficiente y pone fin a cualquier idea de alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5. Sin una fuerte inyección de fondos, probablemente sería mejor que los países continuaran solos. ¿Podrían algunos de ellos, al menos, arreglárselas con sus propios recursos, como lo han hecho Brasil y Tailandia con otros problemas de salud pública? Esto sin duda daría mucho mayor control a los países, y probablemente también mayor sostenibilidad a largo plazo. No se trata, sin embargo, de una solución fácil. La mayoría de países de bajos recursos destinan a la salud un monto mucho menor al 10% de su presupuesto nacional y pueden, o no, tener la voluntad de actuar.

El financiamiento de los sistemas de salud es en la actualidad un tema controversial, y los así llamados expertos globales han abusado extensamente de los países que carecen de recursos al exigirles que lo hagan “a su manera”. Un importante ejemplo de ello es el pago de usuarios, que financia hasta un 20% de la atención de salud en algunos países de bajos ingresos. Resulta evidente que el costo económico que implica para las familias pobres pagar de su propio bolsillo por el tratamiento de complicaciones obstétricas graves puede ser catastrófico. No obstante, el funcionamiento de muchos servicios de salud en países en desarrollo depende del pago de los usuarios, sin mencionar el pago infor-

mal a proveedores, cuyos salarios son, al menos en el sector público, sumamente bajos. Obviamente, es imposible reemplazar estos pagos de la noche a la mañana, por lo que en algunos países la atención materna se ha convertido en una excepción, en un esfuerzo por lograr que más mujeres sean atendidas por personal calificado y accedan a servicios de emergencia antes que sea muy tarde. En el caso de mujeres gestantes o en trabajo de parto, los esquemas implementados incluyen desde vales o exoneraciones individuales o distritales, hasta seguros comunitarios y fondos para préstamos de emergencia. En el caso de trabajadores y establecimientos de salud, se ha establecido diversos incentivos para mejorar la atención y favorecer la asistencia de las mujeres a los servicios.

Más aun, resulta irónico que la modalidad de financiamiento del sistema de salud, que ha mostrado ser menos costosa y más equitativa –es decir, un sistema de salud pública de acceso universal, con base tributaria y gratuidad en el punto de atención- haya sido escasamente aplicado en los países en desarrollo. Debido a la predominancia de la economía neoliberal sobre las exigencias de la salud pública, tanto los sistemas de salud como el financiamiento de la misma en países desarrollados y en desarrollo se orientan claramente hacia una creciente privatización; desregulación del sector privado y comercialización; el fracaso para mantener y fortalecer el sector público, e inequidades no resueltas, a menudo enormes en el acceso a la atención y la situación de salud.

En este momento, las modalidades de financiamiento de los sistemas de salud ya deberían haber sido reconsideradas, y debe asegurarse que la atención prenatal, el parto y el puerperio, y la atención obstétrica de emergencia sean aspectos prioritarios en el fortalecimiento de estos sistemas. A inicios de este año, Noruega sugirió pasar a una modalidad de financiamiento externo basado en resultados para el logro de esta tarea. Si nos remitimos a la experiencia de la Alianza GAVI y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, es posible obtener resultados financiando planes con programas detallados, y condicionando la renovación del financiamiento a los resultados logrados.

Con esto en mente, y debido a que la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño de la OMS no pretende ser un organismo de financiamiento sino un espacio de incidencia, consideré que un Fondo Mundial para la Salud Materna podía ser una alternativa, e incluso pensé en convocarlo yo misma. Sin embargo, todos a quienes les sugerí esta idea han dicho no, no, no, otro Fondo Mundial. ¿Entonces, cuál es la alternativa para lograr resultados? Existe ya hace tiempo

un clamor por llevar a cabo esta discusión a nivel nacional e internacional, que resulta aún más urgente ante la aparición de un financiamiento real en el horizonte.

En setiembre 5, 2007, se anunció una Alianza Internacional de Salud para Alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.* Como parte de esta iniciativa, el 26 de septiembre Noruega se comprometió a entregar un billón de dólares para la reducción de las muertes maternas e infantiles. Esta es la noticia más importante para la salud materna en décadas, pues la salud infantil ha recibido siempre grandes cantidades de dinero. Al cerrar este número, quedaba pendiente la información sobre cómo se canalizará este financiamiento (y cualquier otro posterior), quién estará a cargo de hacerlo y qué proporción se destinará a la salud materna. Esperamos que a diferencia de lo ocurrido hasta el momento con la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, los recursos se orienten fundamentalmente a las madres que gestaron a los niños.

No obstante, es en el ámbito nacional donde el cambio tendrá éxito o fracasará, y donde residen todos los otros problemas responsables de las altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, así como su solución.

Educación y capacitación para una atención calificada

El tercer problema identificado es que por lo general las políticas nacionales no logran incorporar una educación y un entrenamiento clínico integrales para los profesionales de salud que trabajan en los servicios de maternidad, incluyendo al llamado personal calificado. Esto evidencia el limitado apoyo que recibe el entrenamiento de parteras calificadas y enfermeras obstétricas. La formación integral debe convertirse finalmente en una realidad, a través de una capacitación de mayor calidad y un mayor número de instituciones de formación. Más aún, debe evaluarse los esquemas de capacitación iniciados en los últimos años, y publicar sus resultados.

Brindar atención materna basada en la evidencia

Un área aún muy problemática es el tipo de servicios disponibles y accesibles, así como su calidad, la misma que constituye el cuarto problema de mi lista. Luego de décadas de investigación, se ha desarrollado una amplia

gama de prácticas de atención materna basadas en la evidencia. Sin embargo, es frecuente que su implementación sea poco exitosa y que persistan prácticas que no tienen una base en la evidencia, y que incluso puedan resultar dañinas.

Otras prácticas inapropiadas durante la atención de parto han sido: la prohibición de que las parturientas fueran acompañadas por otras mujeres, la restricción de movilidad y la realización de exámenes vaginales frecuentes. No se utilizaba sulfato de magnesio para prevenir la pre-eclampsia o eclampsia, y las hemorragias puerperales eran frecuentes. Existía una carencia importante en la dotación de obstetras, cuya supervisión y habilidades eran insuficientes, dando como resultado una atención inadecuada. Las autoras señalan, con razón, que el uso de prácticas basadas en la evidencia para promover un trabajo de parto normal es particularmente crítico allí donde las mujeres tienen muchos hijos y donde los recursos son escasos.

Fortalecimiento de los sistemas de salud para la atención obstétrica de emergencia

El quinto problema es la debilidad en el funcionamiento de los sistemas de salud como conjunto, que atenta incluso contra los esfuerzos sostenidos por mejorar la salud materna y la atención de salud. Desde todos los rincones se reconoce la necesidad de fortalecer estos sistemas, aunque no resulta muy claro cómo hacerlo.

Proporcionar demasiado y no demasiado poco

Se asume que en la mayoría de contextos donde la mortalidad y morbilidad materna constituyen un problema, la razón es que existe demasiado poco de lo necesario: recursos humanos, insumos y equipo, transporte, caminos transitables, etc. Sin embargo, en la última década e incluso antes, ha empezado a surgir el problema número seis: “demasiado” en atención materna, no sólo en los países ricos sino también en otros. Por largo tiempo, el exceso de episiotomías y cesáreas ha constituido un problema, probablemente estudiado con mayor frecuencia en Brasil.³ El uso excesivo de ecografías, en algunos casos como única forma de atención prenatal y como medio de generación de ingresos para proveedores públicos y privados, surgió como problema en tres países: Siria,⁴ Vietnam⁵, y China. En algunas partes de China, existe una creciente medicalización e intervención técnica en el parto normal, mayor que en la mayoría de países, y el parto vaginal normal es considerado “un riesgo a ser manejado a través de una

* Los firmantes incluyen a GB, Noruega, Alemania y Canadá, las agencias del sistema de NNUU y otras organizaciones internacionales, varios gobiernos de países en desarrollo y la Fundación Gates.

mayor intervención de rutina". Esto es lo opuesto a lo que podríamos trazar como meta para el futuro, aunque en un sistema de salud crecientemente orientado hacia el mercado:

Los países deben examinar si el aumento –y tipo– de intervenciones en el parto normal están causando un retroceso en la calidad de atención, y posiblemente también una morbilidad evitable, a fin de lograr un balance saludable.

Integrando el VIH y la maternidad segura

El logro de la meta de UNGASS de reducir las infecciones por VIH en un 50% para el año 2010 requiere que el 80% de todas las gestantes con acceso al control prenatal reciban servicios de prevención de la transmisión madre-hijo (PTMH) del VIH. Sin embargo, en 2005, sólo siete de los 71 países examinados por UNICEF y la OMS estaban en camino a lograr esta meta. La cobertura de la PTMH se incrementó de 7% en 58 países en el año 2004, a 11% en 71 países en el año 2005. Sin embargo, en los 31 países que disponían de información, sólo el 28% de mujeres que recibieron antirretrovirales para la PTMH reportaron haber recibido también tratamiento antirretroviral para sí mismas. El logro de la meta de UNGASS, que constituye el problema número siete, requerirá una inversión y compromiso significativos para fortalecer los servicios de salud materno-infantil, y también que los trabajadores y el sistema de salud pasen de implementar proyectos piloto a un enfoque integrado y descentralizado.

Los servicios de salud materna enfrentan una escasez de recursos humanos y financieros que afectan su capacidad de integrar la prevención del VIH. Con frecuencia, tanto los programas de VIH como los programas de salud materna reciben asistencia técnica y financiera focalizada, considerando sólo uno de estos aspectos. Sin embargo, las propuestas de varios países al Fondo Mundial de Lucha contra el VIH, la Tuberculosis y la Malaria para el año 2007 incluyen programas de salud sexual y reproductiva con un impacto sobre el VIH, incluyendo algunos servicios maternos, modelo que puede servir para otros países. Más aún, Botswana, Kenia y Ruanda han mostrado que es posible lograr avances si existe un compromiso nacional y se incrementan los recursos para abordar el VIH en los servicios de atención materna y del recién nacido.

El aborto inseguro, aún a la saga

El problema número ocho es el aborto inseguro. Un artículo de *Lancet* en vías de publicación estima en 42

millones los abortos inducidos en 2003, comparado con 46 millones en 1995. La tasa de aborto inducido a nivel mundial descendió de 35 por 1,000 mujeres entre 15–44 años en 1995 a 29 en 2003. Para este año, sólo 53% de todos los abortos inducidos era legal, incluyendo la mayoría de abortos en los países desarrollados. Casi todos los abortos en África y América Latina eran todavía inseguros, como lo eran también dos tercios de los abortos en Asia (excluyendo a Asia oriental) e incluso el 10% de los procedimientos en Europa. Alrededor de uno de cada cinco embarazos a nivel mundial terminaba en un aborto.⁶

La mortalidad producida por un aborto inseguro parece estar disminuyendo lentamente, pero se estima que allí donde existen restricciones legales para el aborto, cinco millones de mujeres son admitidas a los hospitales cada año por complicaciones derivadas de abortos inseguros. En contraste, en los países desarrollados las complicaciones y hospitalización por aborto son poco frecuentes.⁷ Mientras escribo estas líneas, Nicaragua acaba de votar para que el aborto siga siendo ilegal, y contempla penas de cárcel para las mujeres que se someten a esta práctica y para quienes la realizan. Se retirará el derecho de ejercer por entre 2 a 5 años a los profesionales médicos que hagan un aborto. Podemos esperar que las muertes por abortos inseguros se incrementen en este país, y también que los proveedores estén demasiado asustados como para ayudar a las mujeres con complicaciones.⁸ Este estado de cosas es aterrador y retrógrado. En Chile, el aborto es ilegal incluso si existe un riesgo para la vida o salud de la madre. Esta situación crea serios dilemas y vulnerabilidades tanto para las mujeres como para los profesionales médicos. Sin embargo, es probable que la incidencia del aborto haya disminuido desde 1990, debido al incremento en el uso de anticonceptivos y la disminución en la tasa de fertilidad. También han disminuido las tasas de muerte y complicaciones, aunque los hospitales chilenos siguen utilizando la técnica de dilatación y curetaje para tratar abortos incompletos.

Investigación, monitoreo y revisiones de publicaciones

Algunos artículos en este número de la revista están dedicados a la investigación, el monitoreo y revisión de publicaciones, y todos ellos proporcionan excelentes ejemplos de por qué los países requieren información adecuada y cómo utilizarla para mejorar los servicios, aún si los recursos son limitados.

Un artículo de Brasil, por ejemplo sintetiza varios estudios sobre casos que casi conducen a la muerte o

morbilidad materna severa, y las lecciones que de ellos se derivan. “La versatilidad del concepto, la mayor frecuencia de casos disponibles para estudio y la posibilidad de entrevistar a las sobrevivientes de complicaciones severas, todos respaldan el valor de estudiar la morbilidad materna severa para orientar los esfuerzos locales por reducir la mortalidad materna, incluyendo el monitoreo de los avances, la vigilancia epidemiológica y la evaluación de la atención de salud”.

Finalmente, un elegante trabajo de investigación identificó casos de mortalidad materna entre inmigrantes del Cuerno de África residentes en Suecia. El objetivo fue verificar la(s) causa(s) de muerte y si éstas habían sido clasificadas como muertes maternas en el Registro de Causas de Defunción de Suecia. Se encontró que varias de las muertes no consideradas inicialmente podían ser clasificadas como tales. Las autoras recomiendan prestar mayor atención tanto a la competencia cultural como a la competencia médica de las parteras profesionales y los médicos obstetras que brindan atención a madres inmigrantes no europeas, de manera que las causas de muerte materna que aún no han desaparecido en Europa, tales como la tuberculosis, sean identificadas a tiempo para salvar la vida de las mujeres.

La reducción de las muertes maternas es una intervención social, no sólo técnica

“Los programas orientados a mejorar la salud materna no son sólo técnicos sino también intervenciones sociales, las mismas que deben ser evaluadas utilizando metodologías desarrolladas para evaluar intervenciones sociales complejas orientadas a lograr el cambio. Los componentes de programas efectivos han sido definidos a nivel mundial. Sin embargo, para lograr que ocurra aquello que funciona, es importante el contexto”. (Loveday Penn-Kekana et al)

Vale la pena leer y releer este párrafo, como un mantra, hasta que su significado comience a ser asimilado. Resume tal vez la lección más importante que puede ofrecer este número de la revista, basada en estudios realizados en países tan diversos como Bangladesh, Rusia, Sudáfrica y Uganda.

El elemento decisivo: valorar a la mujer

Sin embargo, el elemento básico para reducir la mortalidad materna es la valoración de las mujeres. Prob-



17-year-old Mozambican girl who died of eclampsia after being brought to hospital in a critical condition

STAFFAN BERGSTRÖM

ablemente el comentario más conmovedor en estas investigaciones proviene de una madre palestina de 17 años que, al ser preguntada sobre cómo fue tratada durante su parto, dijo: “Gracias a Dios que no me gritaron”, como si con ello, todo lo demás estuviera bien.

Persiste la situación de 536,000 mujeres que murieron sólo en el año 2005, innecesariamente, a menudo en agonía.

Resúmenes de este número en el portal electrónico de RHM

Debido al número y extensión de los artículos de este número de la revista, ha sido imposible incluir el número usual de secciones resúmenes que presentan la literatura publicada de los seis meses anteriores. Sólo se incluyen los resúmenes sobre mortalidad y morbilidad materna. Los demás resúmenes se incluirán en la siguiente dirección electrónica: www.rhmjournal.org.uk.

Maternal Mortality and Morbidity: Is Pregnancy Getting Safer for Women?
Reproductive Health Matters 2007;15(30):6–16

Referencias

1. Mbonye AK, Mutabazi MG, Asimwe JB. Declining maternal mortality ratio in Uganda: priority interventions to achieve the Millennium Development Goal. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2007;98:285–90.
2. Powell-Jackson T, Borghi J, Mueller DH, et al. Countdown to 2015: tracking donor assistance to maternal, newborn and child health. *Lancet* 2006;368:1077–87.
3. Diniz SG, Chacham AS. “The cut above” and “the cut below”: the abuse of caesareans and episiotomy in São Paulo, Brazil. *Reproductive Health Matters* 2004;12(23):100–10.
4. Bashour H, Hafez R, Abdulsalam A. Syrian women’s perceptions and experiences of ultrasound screening in pregnancy: implications for antenatal policy. *Reproductive Health Matters* 2005;13(25):147–54.
5. Gammeltoft T, Nguyen HTT. The commodification of obstetric ultrasound scanning in Hanoi, Viet Nam. *Reproductive Health Matters* 2007;15(29):163–71.
6. Sedgh G, Henshaw S, Singh S, et al. Induced abortion: a global reality with avoidable risks. *Lancet* 2007 (In press).
7. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet* 2006;368:1887–92.
8. Loáisiga López L. Aborto terapéutico continuará penado. *La Prensa*. 13 September 2007. At: www-usa.laprensa.com.ni/archivo/2007/septiembre/13/noticias/ultimahora/215429.shtml.
9. Briozzo L, Vidiella G, Rodríguez F, et al. A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2006;95:221–26.
10. Shiffman J, Smith S. A protracted launch: the first two decades of the global safe motherhood initiative. Used at a maternal mortality consultation called by the MacArthur Foundation, 7 May 2007. (Unpublished)