
Factores de riesgo para la mortalidad materna

Usos del enfoque de riesgo para la atención de las mujeres en edad reproductiva*

LUIS O. CATAÑO

Se presentan diferentes modelos que han permitido interpretar la mortalidad materna y su relación causal con los factores de riesgo. Se explica el enfoque de riesgo como una contribución de la epidemiología para ayudar a interpretar la causalidad de dicha mortalidad. Se establece la diferencia entre riesgo y factor de riesgo. Se dan a conocer los elementos que la vigilancia epidemiológica ofrece al enfoque de riesgo y se identifica la relación entre éste y los componentes de la atención primaria, como la investigación. Se destacan las posibilidades que ofrece este enfoque para materializar la descentralización y desarrollar los sistemas locales de salud (SILOS). Se reconoce la mortalidad materna como expresión del

diferencial genérico y por lo tanto como un indicador de la salud de la mujer y de la salud reproductiva de cada comunidad. Se propone el desarrollo de investigaciones operativas como una de las soluciones a los problemas de la salud reproductiva.

PALABRAS CLAVE
MORTALIDAD MATERNA
ENFOQUE DE RIESGO
SALUD REPRODUCTIVA

DR. LUIS O. CATAÑO, Médico, Máster en Salud Pública, MSc en Epidemiología. Profesor Asociado, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Ponencia presentada en el Taller para elaborar el "Plan de acción para la disminución de la mortalidad materna evitable", Ministerio de Salud de Colombia, octubre de 1991 y en el Taller sobre "Enfoque de Riesgo en la Atención materna perinatal" realizado por la Organización Panamericana de la Salud en Santo Domingo, República Dominicana en noviembre de 1991.

**ATENCION PRIMARIA
SISTEMAS LOCALES DE SALUD (SILOS)**

FACTORES DE RIESGO DE LA MORTALIDAD MATERNA

Durante las tres últimas décadas se han investigado las relaciones causales y las interacciones de la salud con otros elementos del bienestar. Este análisis se ha llevado al campo de la salud de la mujer y más específicamente al área de la Mortalidad Materna (MM). Un modelo muy utilizado ha sido el propuesto por Blum (1) que identifica cuatro categorías de factores que condicionan el estado de salud y que puede aplicarse al estado de salud de la mujer y a los condicionantes de la mortalidad materna. Las cuatro categorías están referidas al ambiente, al comportamiento, a la herencia y a los servicios de salud (Figura N° 1).

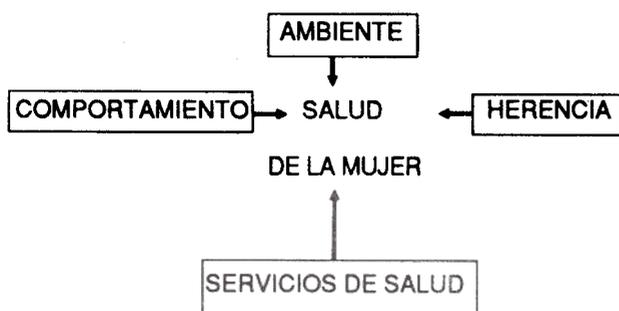


FIGURA N° 1

CATEGORIAS DE FACTORES QUE CONDICIONAN EL ESTADO DE SALUD (Ref. 1)

El conocimiento de estos factores permite describir la situación de salud de la mujer en una comunidad específica mediante el uso de indicadores que proporcionan bastante información; ésta es, en muchas ocasiones mal utilizada, y queda limitada a la recopilación. Para otros teóricos es más importante el papel de la sociedad como causa "prima". Las distintas interpretaciones dadas a la causalidad de la MM han originado diferentes propuestas de solución desde las más radicales, que sólo aceptan la revolución para resolver los factores sociales y económicos que condicionan el estado de salud, hasta las más timoratas que, con tono moralizador, proponen que

únicamente cambiando el estilo de vida individual se obtendrán niveles satisfactorios de salud y bienestar. Esta última apreciación ha llevado a justificar crecimientos relativamente pequeños en el presupuesto de los servicios de salud en algunos países y regiones.

A partir de la década de los setenta se empieza a utilizar el enfoque multifactorial para interpretar las causas de enfermedad y muerte. Este enfoque se afirma en 1978, cuando se lanza la declaración de Alma-Ata que reconoce la existencia de desigualdades sociales y económicas entre los países y en el interior de cada país y define la Atención Primaria (AP) como la estrategia fundamental para terminar estas desigualdades.

MODELOS DINAMICOS DE INTERPRETACION DE LA MORTALIDAD MATERNA

Pedersen (2) presenta dos modelos dinámicos de interpretación de la mortalidad materna; el primero reconoce un conjunto multifactorial social y económico que opera a través de una serie de variables denominadas "determinantes próximos" que incluyen las relacionadas con los aspectos reproductivos y las de los servicios de salud. Esta serie de variables es la que ha sido más conocida como las causas obstétricas de mortalidad materna (Figura N° 2).

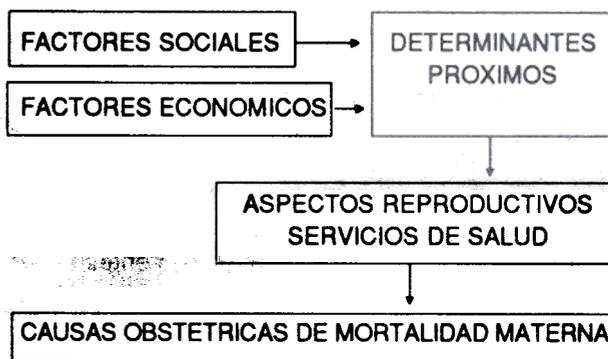


FIGURA N° 2

MODELO DINAMICO DE PEDERSEN PARA INTERPRETAR LA MORTALIDAD MATERNA (Ref. 2)

El segundo modelo se deriva de los factores vinculados al diferencial genérico en la mortalidad. Es decir, el reconocimiento de que la MM es parte de la mortalidad de la mujer y, en este sentido, expresa las

desigualdades y la marginación de la mujer en la sociedad contemporánea; en una comunidad específica los niveles de mortalidad materna expresan los de marginación a que están sometidas sus mujeres (Figura N° 3).



FIGURA N° 3

LA MORTALIDAD MATERNA COMO EXPRESION DEL DIFERENCIAL GENERICO

LA ATENCION PRIMARIA Y EL ENFOQUE DE RIESGO

El marco de referencia para desarrollar la aplicación del enfoque de riesgo, está constituido por la meta de "Salud para todos en el año 2000" cuya estrategia principal es la AP. Esta ha sido definida como "la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puestos al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La AP forma parte tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad". Es entonces aplicable a toda la población, pero su objetivo central es satisfacer las necesidades básicas de los grupos postergados y marginados.

Al reconocer las desigualdades existentes la AP requiere la articulación de sus diferentes componentes para que pueda ser llevada a cabo. Es conveniente conocer dichos componentes para comprender mejor el enfoque de riesgo en la atención de las mujeres en edad reproductiva y su estrecha relación con la evitabilidad de las muertes maternas. Ellos son: coordinación intersectorial, participación de la comunidad, formación del recurso humano, educación para la salud, uso de tecnologías apropiadas, extensión de coberturas, investigación de los principales problemas de salud, disponibilidad y producción de los insumos indispensables y financiamiento

del sector. La figura N° 4 permite apreciar, además de estos componentes, las actividades que deben desarrollarse y que comprometen los tres niveles de atención. Es pertinente aclarar que AP no es sinónimo de nivel mínimo de atención como se ha interpretado erróneamente. Por ello para alcanzar las metas que aparecen expresadas en la misma figura, se requiere la participación y la calificación de los tres niveles de atención. La AP no está reñida con el avance de la tecnología.

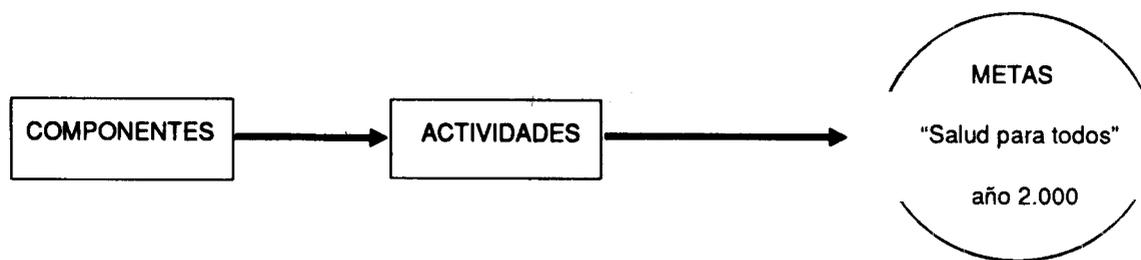
Al relacionar el enfoque multifactorial de la AP con los modelos dinámicos de interpretación de la MM propuestos por Pedersen, conviene destacar con este autor que la clase social es el factor de mayor consistencia en el análisis de las muertes maternas. Tal factor está relacionado con otras variables de medición difícil como el apoyo psicoafectivo, reconocido por varios autores como estrechamente asociado a la MM, y los episodios estresantes a que está sometida la mujer en la actualidad, especialmente en América Latina. Muchos de estos episodios se relacionan con su vinculación a la fuerza laboral, donde cabe considerar como coadyuvantes a la morbilidad y la mortalidad maternas la pérdida del trabajo, el traslado, la migración y sus consecuencias sobre la estabilidad de la relación de pareja.

EL ENFOQUE DE RIESGO

Frente a la diversidad de factores, de categorías de los mismos y de modelos que permiten diferentes interpretaciones, se hace necesario definir intervenciones que contribuyan a disminuir la MM. La epidemiología proporciona el enfoque de riesgo (ER) para investigar la situación específica de una comunidad y permite ser consecuentes con el desarrollo de uno de los componentes de la AP, para poder llegar a conocer los principales problemas de la salud de esa comunidad.

Es pertinente entonces hablar de factores de riesgo (FR) y no meramente de factores. En general **riesgo** es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud, sea enfermedad, accidente, incapacidad o muerte. En epidemiología **riesgo** es "la probabilidad de que un hecho ocurra (Figura N° 5).

UN FR es cualquier característica o circunstancia detectable en una persona o grupo, asociada con un aumento de la probabilidad de padecer, desarrollar



Coordinación intersectorial	Conocer y prevenir las enfermedades más frecuentes en la región	Esperanza de vida: 70 años
Participación de la comunidad	Educar sobre los principales problemas de la salud	Mortalidad infantil: 30 por mil nacidos vivos
Formación y utilización del recurso humano	Atención de las madres y los niños	Mortalidad 1-4 años: 2.4 por mil
Educación para la salud	Vacunación	Vacunar mujeres en edad fértil y niños: 100%
Tecnología apropiada	Tratar las enfermedades y los traumas más comunes	Acceso a los niveles de atención apropiados: 100%
Extensión de coberturas	Suministrar los medicamentos esenciales	Incremento del suministro de agua potable
Investigación	Promocionar el suministro de alimentos y una nutrición adecuada	Incremento del saneamiento básico
Disponibilidad y producción de insumos	Abastecimiento de agua potable	
Financiamiento del sector		

FIGURA N° 4

ATENCION PRIMARIA EN SALUD

o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido. En este sentido, un FR para la salud de la mujer y concretamente para la MM es cualquier característica asociada con un aumento en la probabilidad de exposición a muerte materna.

Es importante anotar que el FR puede ser una característica detectable no sólo en la mujer o en un grupo de mujeres en edad fértil, sino también en otros miembros de la población. Tales podrían ser, por ejemplo: el ingreso económico del esposo o

compañero; la ubicación en un estrato socio-económico específico; el apoyo afectivo que se recibe durante el embarazo; algunas de estas características no son específicas del sexo femenino pero colocan a las mujeres en diferentes niveles de probabilidad para culminar con éxito el proceso reproductivo.

Los FR pueden, por lo tanto, ser causas o indicadores; su importancia radica en que son observables o identificables antes de que ocurra el hecho que

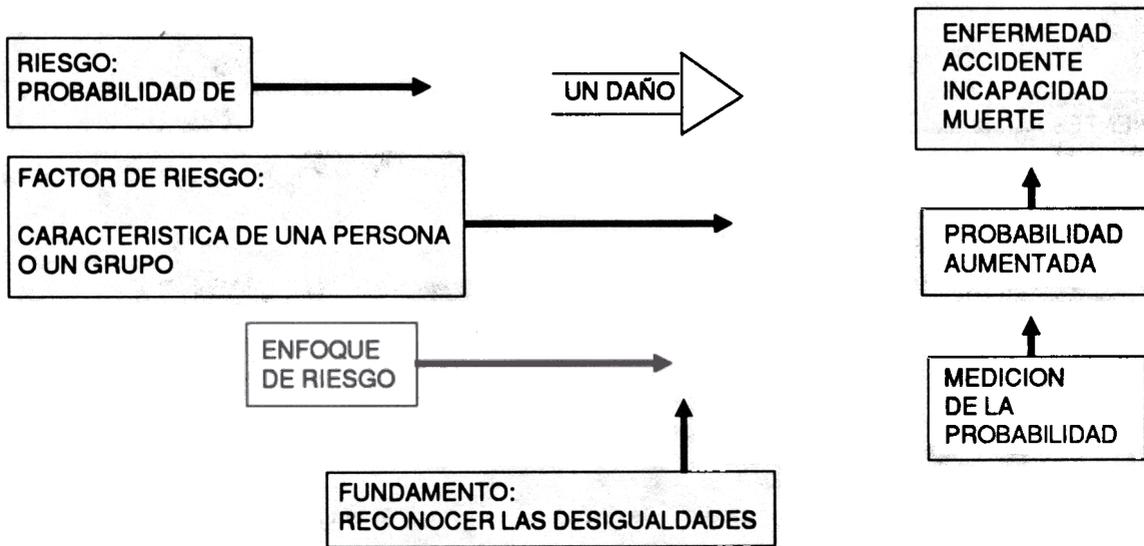


FIGURA N° 5

RIESGO, FACTOR DE RIESGO Y ENFOQUE DE RIESGO (Ref. 3,4)

predicen. La importancia del FR para la medicina preventiva depende del grado de asociación con el daño a la salud (riesgo relativo), de su frecuencia en la comunidad y de la posibilidad de prevenirlo. Si cierto FR determinara una alta probabilidad de muerte materna (riesgo relativo grande), podría tener una importancia considerable para la mujer involucrada.

Sin embargo, si fuera infrecuente, el impacto de su eliminación sobre la mortalidad materna total de la comunidad sería pequeño (Figura N° 6). El otro aspecto que hay que tener en cuenta es la posibilidad real de prevenir ese FR, es decir, la factibilidad y la viabilidad de una intervención sobre él. Estas circunstancias deben ser consideradas al definir las

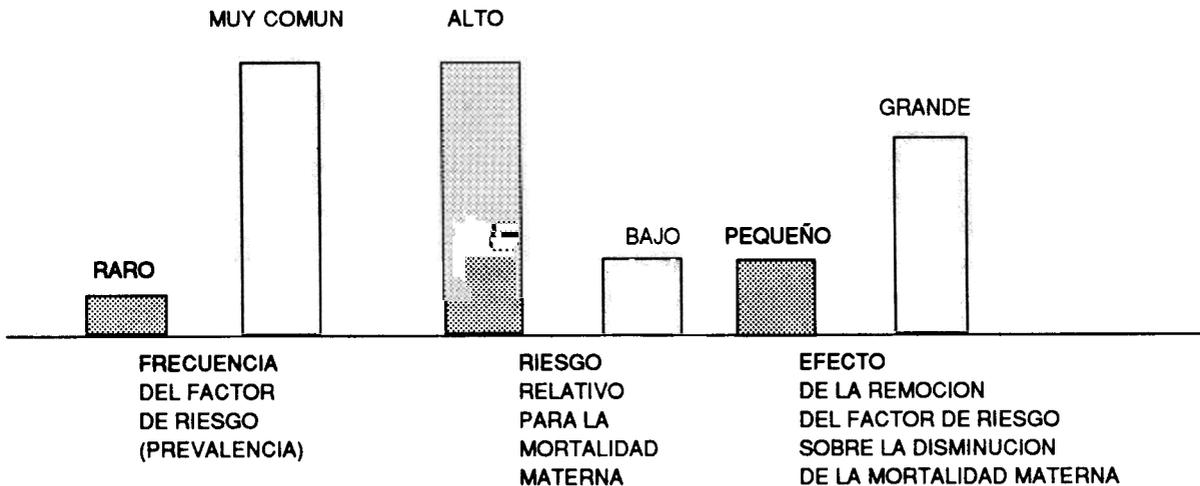


FIGURA N° 6

REMOCION DE DOS FACTORES DE RIESGO Y SUS EFECTOS SOBRE LA COMUNIDAD (Ref. 3)

estrategias de intervención encaminadas a evitar las muertes maternas y a disminuir la morbilidad en las mujeres durante su proceso reproductivo.

Por lo general se considera que un FR es causal de un daño determinado a la salud si reúne las siguientes condiciones: fuerza y especificidad de la asociación, consistencia con el conocimiento existente, asociación temporal y credibilidad biológica. Estas características deben ser tenidas en cuenta para recordar que los hechos que preceden a otros no necesariamente los causan.

El **enfoque de riesgo (ER)** se basa en medir esa probabilidad para estimar la necesidad de atención a la salud. Si el riesgo es la medida de la probabilidad estadística de un suceso futuro, queda implícita la idea de que la probabilidad de consecuencias adversas aumenta por la presencia de una o más de las características que las determinan. Cuando se conoce la probabilidad y se trata de una enfermedad, accidente o muerte que pueden ser evitados o reducidos si se emprenden acciones antes de que acontezcan, se habla de la utilización del enfoque de riesgo con fines preventivos.

Parte del ER involucra el supuesto de que a medida que avance el conocimiento sobre los FR, de modo que se puedan definir las acciones preventivas, ocurrirán con menor frecuencia los daños a la salud.

El ER es un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos; ayuda a determinar prioridades de salud y es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud; intenta mejorar la atención para todos, pero prestando mayor atención a quienes más lo requieran. Es un **enfoque no igualitario** que discrimina a favor de quienes tienen mayor necesidad de atención.

FUNDAMENTOS DEL ENFOQUE DE RIESGO

El ER descansa en los siguientes supuestos fundamentales:

- a) Cada población tiene problemas diferentes.
- b) Los problemas de salud tienen una importancia desigual dentro de una misma población.
- c) Los individuos de esa población tienen una probabilidad desigual de sufrir el efecto del riesgo detectado en ella. Dicho en otras palabras: los individuos tienen un riesgo desigual.

d) En cada población, las mujeres tienen una exposición desigual a los FR de enfermedad y muerte materna (Figura N° 5).

IMPACTO DE LAS INTERVENCIONES CON ENFOQUE DE RIESGO

Cuando se utiliza el enfoque de riesgo se logra mayor impacto si las intervenciones van dirigidas a:

- a) Los problemas más importantes de una población.
- b) Los subgrupos más afectados dentro de esa población.
- c) Los individuos de mayor riesgo.
- d) Las mujeres en edad fértil que presentan mayor riesgo.

Lo anterior permite concluir que el ER utiliza una jerarquía epidemiológica de los problemas de salud de la mujer; establece una jerarquía epidemiológica de los riesgos; define una jerarquía epidemiológica de las intervenciones y permite establecer una jerarquía epidemiológica de los gastos y recursos.

ELEMENTOS DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA PARA EL ENFOQUE DE RIESGO EN LA MORTALIDAD MATERNA (Ref. 5)

La base fundamental de la vigilancia epidemiológica (VE) es la información, pero un buen sistema de información no es en sí un sistema de VE; para que ésta sea efectiva se requiere utilizarla para la toma de decisiones. Esta es la razón por la cual la VE ha sido definida como **información para la acción**.

Tradicionalmente se han considerado varios tipos de VE, a saber:

a) **Vigilancia clínica:** tiene que ver con el registro y seguimiento de los casos que acuden a un centro hospitalario pero desconoce lo que está ocurriendo en el resto de la población. Allí están las bases de la VE actual.

b) **Vigilancia pasiva:** tiene en cuenta únicamente el registro ordenado de casos, pero no desarrolla acciones para su prevención o seguimiento.

c) **Vigilancia especializada:** está dirigida a una entidad específica como, por ejemplo, malaria, hipertensión, diabetes o MM.

d) **Vigilancia activa:** implica desarrollar las acciones propiamente dichas de la VE como el registro continuo y sistemático del evento bajo vigilancia, su

consolidación y análisis, la toma de decisiones con base en dicho análisis y la divulgación del problema bajo vigilancia y de los resultados de las medidas aplicadas.

De los anteriores planteamientos se desprende que la VE de la mortalidad materna es **especializada** y debe ser **activa**, por cuanto se requiere conocer la información disponible y la que se va generando sobre las muertes maternas, así como los resultados de las medidas que se tomen con el fin de contribuir a su **evitabilidad**. Para que la vigilancia sea activa se requiere que en cada comunidad haya participación en el conocimiento de los problemas de salud que afectan a sus mujeres y de los resultados de las medidas que se apliquen para evitar sus muertes. Para garantizar la vigilancia epidemiológica de la MM es indispensable desarrollar los diferentes componentes de la estrategia de AP, en especial la participación de la comunidad, la coordinación intersectorial y la investigación; ésta permitirá conocer los FR que pueden afectar a las mujeres de una comunidad particular.

La VE de la mortalidad materna debe establecerse no sólo sobre las muertes de las mujeres en edad fértil, por causa de embarazo, parto y puerperio, sino también sobre los factores de riesgo que condicionan en general sus enfermedades y su muerte.

Mediante el ER se puede estimar la necesidad de atención en una comunidad determinada y, dentro de una serie de riesgos, establecer los prioritarios para adelantar su vigilancia.

USOS DEL ENFOQUE DE RIESGO

El ER toma los elementos de la vigilancia epidemiológica en la medida en que utiliza la información que se genera a partir del conocimiento de los FR, para establecer intervenciones que contribuyan a disminuir o evitar las muertes maternas. Por ello uno de los componentes más importantes de la AP para el enfoque de riesgo es la investigación. Entre las intervenciones más destacadas que permite hacer este enfoque están las siguientes:

- a) Aumentar las coberturas.
- b) Mejorar los sistemas de referencia.
- c) Modificar los factores de riesgo.
- d) Reorganizar los sistemas locales de salud (SILOS).
- e) Capacitar al personal de salud.

f) Desarrollar la atención comunitaria.

g) Favorecer el autocuidado.

h) Definir políticas intersectoriales.

Puede apreciarse que muchos de estos logros corresponden al desarrollo de los componentes de la AP; entre ellos: aumento de coberturas, educación para la salud, participación de la comunidad y coordinación intersectorial.

ENFOQUE DE RIESGO Y DESCENTRALIZACIÓN

El desarrollo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) (6-8) favorece el proceso de descentralización administrativa en que se encuentran los municipios de Colombia. A partir de la Ley 11 de 1986 surge la decisión política que permite una administración con presencia decisiva de la comunidad. Mediante el Decreto 77 de 1987 se expide el estatuto de descentralización de los municipios y concretamente se les encomienda la prestación de algunos servicios que venía ofreciendo la nación a través de sus entidades descentralizadas; entre ellos el saneamiento básico, el mantenimiento de los centros de salud y la colaboración en programas de nutrición y complementación alimentaria para los ancianos y menesterosos.

Al asumir el alcalde el manejo de la prestación de los servicios requiere una planificación orientada a las necesidades prioritarias, la que en último término determina un plan de desarrollo y un programa de inversiones que dé respuesta a la problemática del municipio. La MM es la punta del iceberg de los problemas de salud de las mujeres en edad fértil, los que se extienden a sus familias; por ello las consecuencias se dejan sentir en proporciones de la población más amplias que la fracción de mujeres en edad reproductiva, puesto que una mujer que enferma o muere afecta al grupo familiar del que hace parte o del que en muchas ocasiones es el eje central.

Para formalizar la participación de la comunidad, componente fundamental de la AP, el Gobierno Nacional dictó el decreto 1216 de 1987, por el cual se crean los Comités de Participación Comunitaria (8) y se regula esa participación en el cuidado de la salud. La ley 10 de 1990 surge como respuesta a la necesidad de ajustar institucionalmente la estructura y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud a los retos del proceso de descentralización".

EL ER permite dar cumplimiento al propósito de los SILOS en la medida en que se usa para definir prioridades, ampliar los espacios de decisión cuando la comunidad participa y democratizar el saber para extenderlo a los grupos que requieren conocer su problemática y participar en el proceso de diagnóstico y planeación de los servicios de salud, evaluación de los planes y programas e inserción del programa de salud en el plan de desarrollo municipal. En esta forma el ER posibilita la autonomía de la capacidad técnica local.

INTERVENCIONES CON ENFOQUE DE RIESGO

Mediante el ER se pueden diseñar estrategias de intervención para disminuir la morbilidad y mortalidad maternas, pero muchas veces una nueva estrategia se aplica donde ya existe otra en ejecución. Los principios combinados del ER y la AP en salud pueden usarse para modificar y fortalecer la estrategia existente si ésta trabaja ineficientemente (9,10).

La selección de una estrategia de intervención requiere una etapa previa en la cual se definan específicamente los FR que deben ser intervenidos (10). Para ello es necesario hacer una revisión detallada de las descripciones epidemiológicas de cada FR como base para ofrecer soluciones posibles que sean compatibles con el desarrollo de una estrategia de riesgo y el máximo uso de los componentes de cuidados primarios de salud. Si los estudios epidemiológicos originales se realizaron en áreas diferentes, los FR deben adaptarse por área para determinar cuáles deberán recibir prioridad y por lo tanto establecer diferentes alternativas para hacer frente a las situaciones locales. Esto es particularmente válido en América Latina, donde el proceso de migración y urbanización aceleradas hace que los estudios sobre los FR de las mujeres realizados en un área metropolitana en particular puedan ser adaptados a áreas urbanas seme-

jantes para tomar decisiones. Por lo tanto conviene resaltar que este no es un proceso matemático; la experiencia del grupo de estudio, el conocimiento del país o la región, la habilidad de consultar opiniones y la sensibilidad política y social, son tan importantes en la adopción de estas decisiones como las consideraciones puramente epidemiológicas.

INTERVENCIONES EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Aunque los servicios de salud son uno de los recursos con que cuenta una comunidad, en ocasiones se pueden convertir en un FR para su salud, especialmente si su calidad es deficiente o el acceso está limitado por razones geográficas, económicas o culturales. Por ello al investigar las condiciones de salud de una determinada comunidad existe la posibilidad de encontrar que uno de los principales FR puede estar constituido por los servicios de salud. Por otro lado, la evaluación es uno de los aspectos más importantes en la ejecución de una estrategia para disminuir la morbilidad y evitar la MM, especialmente si tal estrategia se basa en el ER, porque por medio de ella se reconoce el impacto de la intervención en la efectividad, eficiencia, equidad y aceptabilidad de los servicios de salud, para resolver las necesidades de salud de las mujeres y las familias de una comunidad. La investigación como componente de la AP permite integrar los demás componentes y dar respuesta a las necesidades de intervención en una comunidad. Por la investigación operativa se evalúa la calidad de los servicios de salud.

La evaluación de la calidad de los servicios de salud (11) puede constituir en sí misma una intervención o servir para evaluar intervenciones que estén siendo adelantadas en ellos. En términos generales la evaluación puede realizarse a través de tres tipos de indicadores: estructura, proceso y resultado o impacto. A su vez, la evaluación o la intervención

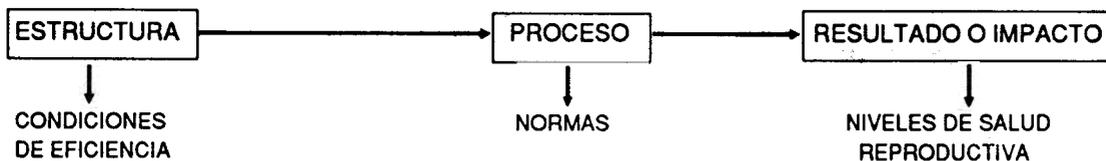


FIGURA Nº 7

EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA (Ref. 11)

pueden ser enfocadas en uno solo de estos tipos de indicadores o globalmente sobre los tres. Una experiencia muy utilizada en lo que se refiere a la estructura ha sido evaluar las condiciones de eficiencia de los servicios de atención materno infantil en América Latina. La estructura se refiere entonces a los recursos humanos, físicos y financieros (Fig N° 7).

El proceso se refiere a las actividades e interrelaciones de los miembros del equipo de salud y los usuarios de los servicios. En este sentido se ha interpretado que la calidad del "proceso" de atención se define como comportamiento normativo.

Los indicadores de impacto o resultado son los utilizados para evaluar el nivel de salud alcanzado como consecuencia de la intervención. En el caso que nos ocupa serían los niveles de mortalidad materna, los de morbilidad en las mujeres en edad fértil o, más aún, los de salud reproductiva que puede alcanzar una comunidad como consecuencia de una intervención.

COROLARIO

Al plantear la salud reproductiva como base de la salud de la mujer y de la salud materna, se está reconociendo que el diferencial genérico que condiciona la salud de la mujer debe ser abolido mediante intervenciones que involucren a los otros miembros de la comunidad, que también son responsables del proceso reproductivo. El ER permite definir las intervenciones más necesarias en cada comunidad. Como los servicios de salud son expresión de los determinantes próximos de la salud reproductiva, las intervenciones sobre ellos parecen ofrecer posibilidades de acción más concretas y medibles. Sin embargo, las intervenciones sobre los factores sociales y económicos que condicionan la realidad de cada comunidad, constituyen un reto para la Medicina Preventiva que hoy dispone de las herramientas que le proporciona la epidemiología, con el fin de trascender la retórica y posibilitar la acción.

SUMMARY

RISK FACTORS AND THE RISK APPROACH FOR THE PROPER CARE OF WOMEN IN REPRODUCTIVE AGE

Different models are presented for interpreting maternal mortality and the causal relationship of risk factors. The risk approach is explained and the difference between risk and risk factor is established. Elements of epidemiological surveillance for the risk approach are presented. The relationship between this approach and components of primary care is identified. The possibilities offered by the risk approach for the development of the local health care systems are emphasized. Maternal mortality is accepted as an expression of the generic differential and, therefore, as an index of women's health and of the reproductive health of the community.

BIBLIOGRAFIA

1. BLUM HL. Evaluating health care. *Medical Care* 1974; 12: 999-1011.
2. PEDERSEN D. Ideologías, contexto social y salud materna. Ponencia presentada en la reunión regional sobre Mortalidad Materna. México, abril 13 de 1990.
3. BACKETT EM, DAVIES AM, PETROS-BARVAZIAN A. El concepto de riesgo en la asistencia sanitaria con especial referencia a la salud materno-infantil y la planificación familiar. *Cuadernos de Salud Pública* N° 76. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1984.
4. Organización Panamericana de la Salud. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención maternoinfantil. Washington, 1986. Serie Paltext.
5. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna: ayudar a las mujeres a evitar el camino de la muerte. Informe de la reunión interregional sobre Prevención de la Mortalidad Materna. Ginebra, 1985.
6. Nueva Frontera. Documento Especial. Ley 10 de 1990. Reorganización del Sistema Nacional de Salud. Agosto 1990: 6-7.
7. Ministerio de Salud Pública de Colombia. Reorganización del Sistema Nacional de Salud. Una respuesta al cambio. Bogotá, 1990. Vol 1.
8. Ministerio de Salud Pública de Colombia. Presentación del decreto por el cual se crean los Comités de Participación Comunitaria y se regula la participación de la comunidad en el cuidado de su salud. Bogotá, 1989.
9. CATAÑO LO, CUERVO F. El riesgo en la mortalidad materna. *Bol Epidemiol Ant* 1986; 11: 125-128.
10. Organización Panamericana de la Salud. Salud para todos en el año 2.000. Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales. Washington, 1982. (Documento oficial 179).
11. DONABEDIAN A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana, 1984.