



Recibido: 24 de noviembre de 2009

Aceptado: 12 de marzo de 2010

Muerte materna desde una perspectiva de violencia de género

Itzel González-Pacheco,* Irma Romero-Pérez,† Reyna Sámano-Sámano,§ José Luis Torres-Cosme,|| Georgina Sánchez-Miranda,† Mayra Chávez-Courtois†

* Mtra. en Psicología Clínica y Psicoterapia. Investigadora en Ciencias Médicas de la Subdirección de Investigación en Salud Pública del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

† Psicóloga Social de la Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa.

§ Mtra. en Antropología Social. Investigadora en Ciencias Médicas de la Subdirección de Investigación en Salud Pública del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

|| Mtro. en Filosofía de la Ciencia. Investigador en Ciencias Médicas de la Subdirección de Investigación en Salud Pública del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

† Dra. en Ciencias Antropológicas. Investigadora en Ciencias Médicas de la Subdirección de Investigación en Salud Pública del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

RESUMEN

El tema de la muerte materna, desde una perspectiva de violencia de género, es un acercamiento teórico a una de las causas indirectas de las mujeres que mueren durante el periodo de embarazo, parto o puerperio a causa de una desigualdad de género, consecuencia de factores históricos, sociales y culturales. De las 529 mil muertes maternas que ocurren al año en el mundo, el 99% sucede en países pobres que sufren complicaciones serias y a largo plazo. Las complicaciones asociadas con el embarazo y el parto se encuentran entre las principales causas de muerte en los países en desarrollo, por lo que es importante mejorar el acceso a la atención obstétrica de emergencia. Cabe destacar, también, que tanto la violencia intrafamiliar como las elevadas cifras de mortalidad materna en los países en vías de desarrollo son problemas de salud pública y de justicia social reconocidos mundialmente. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) indica que aunque todavía se desconoce qué proporción de la mortalidad materna se debe a la violencia intrafamiliar, las posibles diferencias entre y dentro de los países, y los factores que podrían explicar esas diferencias, hacen necesario preguntarnos si es posible reducir el número de muertes maternas sin abordar el tema de la violencia contra ellas.

Palabras clave: Muerte materna, embarazo, violencia, género.

ABSTRACT

The issue of maternal death seen from a gender violence perspective intends to understand the indirect causes of death in women during pregnancy, post-pregnancy and birth. In particular, those that are a consequence of gender inequalities based on historical, social, and cultural factors. Ninety-nine percent of the 529,000 maternal deaths that occur every year in the world happen to women in poor countries and who suffer serious, long-term complications. Complications associated with pregnancy and birth are amongst the main causes of death for women in developing countries which creates the need for better access to emergency obstetric care. It is also important to mention that domestic violence, as well as the high numbers of maternal death in developing countries, are a widely recognized public health and a social justice problem. Even though the actual rate between maternal death and domestic violence has not been established. The Pan American Health Association (PAHO) indicates that the number of differences between and within countries as well as the factors that explain these differences, make it necessary to ask ourselves if it is possible to reduce the numbers of maternal death without looking at violence against women as a main or contributing factor.

Key words: Maternal death, pregnancy, violence, gender.

INTRODUCCIÓN

Entre las principales funciones maternas descritas en la literatura se encuentran proteger a su hijo de los estímulos traumáticos, servir de barrera contra estímulos adversos y fungir como yo auxiliar; la de

brindar alimento, cuidado, amor, consuelo, protección, bienestar y placer al recién nacido. Asimismo la madre, además de ser fantasma de su propia historia, requiere para fomentar un desarrollo óptimo en su hija o hijo, ser suficientemente buena y brindar sostén, así como desarrollar la aptitud de contención de las ansiedades y demás afectos displacenteros del

mismo. La madre deberá tener la posibilidad de ser empática y establecer entonamientos de comunión o de sintonía afectiva con su hijo, con el fin de modular sus estados afectivos. Todas estas funciones maternas conllevan dilemas en un proceso dialéctico, donde en uno de los polos estaría el proporcionar seguridad y bienestar al infante y, en el otro, favorecer la exploración, la autonomía y la potencialidad para abrirse paso al futuro. Esta sería una de las muchas razones por la que se debe evitar a cualquier costo una muerte materna, ya que estas tareas son casi imposibles de reemplazar.¹

Mejorar la salud materna es uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que enfatiza de manera específica los esfuerzos a favor de la salud de la mujer. Los gobiernos a nivel mundial han establecido como meta reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna (MM) en tres cuartas partes, y uno de los indicadores definidos para el seguimiento de dicha meta es la razón de MM.

La muerte materna es un problema mundial. La información disponible actualmente indica que las causas de las defunciones maternas en América Latina y el Caribe se asocian con las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. En términos generales, la MM afecta a las mujeres con mayor pobreza; Urrutia² señala que “la feminización de la pobreza es una realidad inobjetable, y son las mujeres de los países más pobres las que pagarán el más alto tributo a la muerte y enfermedad”; también se vuelven factores predisponentes tener baja educación y ser residente de zonas rurales; vale la pena destacar la diferencia en la mortalidad materna que existe en los países desarrollados frente a la de los países en vías de desarrollo. Para el año 2005, según un estudio efectuado por el Departamento de Cundinamarca en Colombia, en los países industrializados se producen nueve muertes maternas por cada 100,000 partos, aproximadamente, mientras que en los países en vías de desarrollo existe una mortalidad de 450 casos por cada 100,000 nacidos vivos.³

Conforme a las cifras suministradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), al año se produce un promedio de 136 millones de partos, de los cuales 20 millones presentan complicaciones. Dicho organismo menciona que “muy a menudo las mujeres enfermas son estigmatizadas y marginadas por sus maridos, familias y comunidades”. Alrededor de 300

millones de mujeres —más de un cuarto de todas las mujeres adultas— sufren a corto o largo plazo enfermedades ocasionadas por el proceso reproductivo.³

La MM es un problema importante de salud pública en México, a pesar de que en la actualidad se sabe que gran parte de las intervenciones obstétricas reciben una atención calificada; la preeclampsia, la eclampsia, las infecciones puerperales y las hemorragias son aún las principales causas principales de muerte en las madres.⁴

En México se utilizan las definiciones internacionales de muerte de la madre para clasificar las causas. La décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, modificada en 1990)⁵ define la muerte materna como el fallecimiento de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días después de haber terminado éste, independientemente de la duración y lugar del embarazo, y que tengan una causa directamente relacionada o agravada por el embarazo o por su atención, pero no por una causa accidental. Las muertes violentas de mujeres embarazadas, sea por homicidio o suicidio, son consideradas accidentes y, por lo tanto, quedan excluidas de esta definición. Sin embargo, de acuerdo con los criterios de la OMS y la CIE-10, la violencia durante el embarazo o postparto se considera una causa relacionada con la muerte materna, pero indirecta.⁴

La OMS define violencia contra la mujer como cualquier acción o conducta que por el solo hecho de ser mujer la que la recibe cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como en el privado. Como se ha documentado en diversos estudios, una de las formas más comunes de la violencia contra las mujeres es la que perpetran los propios miembros de la familia, sobre todo la pareja sexual. Algunos trabajos han mostrado cómo el embarazo puede ser un factor asociado positiva o negativamente con mayor violencia intrafamiliar. Cuando una mujer es víctima de la violencia intrafamiliar, ésta puede llegar a repercutir en forma grave sobre su salud, en donde el aborto provocado, el homicidio o el suicidio son la última consecuencia.

La violencia contra la mujer es un tema que sigue resultando alarmante a nivel mundial. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1999, dentro de su programa Mujer, Salud y Desarrollo, menciona que es un grave problema en la sociedad, no sólo por el hecho de ser una violación a los derechos humanos

de las mujeres, sino por las enormes dificultades que se plantean para acabar con el mismo.³

En México mueren diariamente por causas violentas cerca de 30 mujeres en promedio, de las cuales poco más de 23 son por accidentes y seis por homicidios y suicidios. Una de cada cinco muertes violentas femeninas tiene lugar en el hogar.⁶

El problema de la violencia doméstica en México resulta igualmente preocupante dada la información obtenida en la Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2006), la cual revela que de las 392 mil mujeres madres de familia encuestadas de 15 y más años, casadas o unidas, cerca de 208 mil habían sufrido al menos un incidente de violencia por parte de su pareja a lo largo de su relación, es decir, poco más de la mitad de éstas (53.1%). En lo que respecta a las madres divorciadas, separadas o viudas (59 mil), alrededor de 40 mil experimentaron algún incidente de violencia a lo largo de su relación; asimismo, 36.6% (5,508) de las madres solteras son violentadas por su pareja.

Los incidentes de violencia hacia las mujeres suelen agruparse en cuatro tipos: emocional, económico, físico y sexual; los eventos violentos de tipo emocional en la entidad afectan a un mayor número de madres de familia, casadas o unidas, pues 85.2% de éstas han experimentado incidentes de violencia a lo largo de su relación de pareja. En segunda instancia aparece la violencia económica (61.6%), y los casos de violencia más severa como la física y la sexual, que también afecta a un número importante de madres, con 55.9% y 15.3%, respectivamente.⁷

Estos datos se vuelven aún más aterradores cuando se considera que la violencia que viven las mujeres repercute en el trato para con los niños, ya que una mayor proporción de mujeres víctimas de violencia (por parte de su esposo o compañero) agrede a sus hijos, en comparación con las que no padecen violencia conyugal y de acuerdo con datos de la ENDIREH: 45 de cada 100 mujeres que son maltratadas por su cónyuge agrede a sus hijos. La agresión hacia los infantes se incrementa en el caso de las mujeres que sufren violencia física o sexual: 65 de cada 100 mujeres con violencia de este tipo maltratan a sus hijos. Por otro lado, gran parte de estas agresiones tienen repercusiones directas en la salud física y mental de la madre embarazada, lo cual a su vez afecta al feto.⁷

MUERTE MATERNA Y VIOLENCIA

Cabe destacar que tanto la violencia intrafamiliar como las elevadas cifras de mortalidad materna en los países en vías de desarrollo son problemas de salud pública y de justicia social reconocidos mundialmente. Aunque todavía se desconoce qué proporción de la mortalidad materna es debida a la violencia intrafamiliar, las posibles diferencias entre y dentro de los países, y los factores que podrían explicar esas diferencias, es necesario preguntarnos si es posible reducir las muertes maternas sin abordar la violencia intrafamiliar contra las mujeres. Algunas encuestas de demografía y salud indican que una proporción significativa de mujeres señala haber sufrido violencia por parte de la pareja durante el embarazo.⁸ En el año 2003 se estimó que entre un 4 y un 29% de las mujeres en países en vías de desarrollo viven violencia doméstica durante el embarazo y una de cada diez mujeres señaló haber recibido maltrato físico durante el mismo;^{9,10} conjuntamente, algunas evidencias sugieren que la violencia intrafamiliar y la mortalidad materna están vinculadas.¹¹ La mortalidad materna por violencia intrafamiliar puede darse a través de diferentes mecanismos como traumas directos mortales, traumas abdominales que producen complicaciones obstétricas que a su vez pueden volverse letales, el estrés psicológico y acciones controladoras del hombre sobre la mujer; éstos son los principales mecanismos que pueden explicar cómo la violencia intrafamiliar causa muertes de mujeres durante el embarazo o en el periodo posterior a la terminación de éste.

Los asesinatos de mujeres perpetrados por sus parejas y suicidios durante los períodos del embarazo o puerperio han sido documentados.

Los Centros de Prevención y Control de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos reportaron en febrero del 2005 que el homicidio es la principal causa de muerte entre primíparas y mujeres embarazadas, con mayores riesgos para mujeres menores de 20 años o afroamericanas.¹² En varios estados de Estados Unidos, un estudio (1990-1991) encontró que el riesgo de ser atacada físicamente o asesinada fue tres veces mayor en mujeres embarazadas.¹³ En Matlab, Bangladesh, para el periodo 1976-1993 se detectó que las embarazadas adolescentes presentaron un riesgo mayor de muerte por suicidios que las adolescentes no embarazadas.¹⁴

Las embarazadas, o puérperas, también pueden morir debido a complicaciones obstétricas generadas por el trauma abdominal; por ejemplo, hemorragias y/o desprendimiento de placenta, cualquiera de las cuales puede a su vez causar la muerte al feto y/o a la mujer. En la provincia de British Columbia, Canadá, un estudio (1999-2000) encontró que las mujeres maltratadas durante el embarazo tenían hasta tres y media veces más probabilidades de presentar hemorragia antes del parto, que las mujeres no maltratadas. El mismo estudio encontró que las mujeres maltratadas durante el embarazo tenían más de siete veces el riesgo de tener una muerte perinatal, que las mujeres no maltratadas.¹⁵

También un ambiente de estrés y de temor puede conducir a resultados obstétricos adversos mediante respuestas fisiológicas desencadenadas por el estrés mismo (por ejemplo, la respuesta hormonal), mediante la adopción de ciertos comportamientos peligrosos por parte de las mujeres o por el control del comportamiento de la mujer por parte del autor de la violencia.¹¹

Cuando la capacidad para tomar decisiones y/o desplazarse de las mujeres está comprometida (por ejemplo, por estar sometidas a encierros bajo llaves, prohibiciones a salir, restricciones económicas), ellas no podrán buscar ayuda fácilmente para resolver complicaciones obstétricas que surjan.

Las “muertes maternas por violencia intrafamiliar” no han sido un tema suficientemente abordado en los estudios de mortalidad materna. Desafortunadamente, la definición de *muerte materna* no permite calcular y determinar con certeza la contribución de la violencia intrafamiliar a la MM. No obstante, información proveniente de diversos estudios permite ejemplificar que el número y proporción de esa contribución puede ser importante.¹⁶ Por consiguiente, es necesario contar con una definición más inclusiva de mortalidad materna y de una vigilancia epidemiológica más amplia, que consideren a la violencia intrafamiliar como una causa de muerte materna.

Cabe destacar que en esta revisión se muestra una asociación positiva entre la violencia y resultados adversos en el embarazo, tales como abortos inducidos y espontáneos; así también, los factores causales se relacionan con niveles inferiores en el incremento de peso de las mujeres sobrevivientes de violencia, tasas mayores de infección por transmisión sexual y mayor retraso en el acceso a la atención prenatal.¹⁷

Las muertes maternas por violencia intrafamiliar ocurren tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo. No obstante, debido a la presencia de factores, tales como menores opciones para prevenir y lidiar con embarazos no deseados, menos protección legal y, frecuentemente, un mayor grado de subordinación a los hombres, se puede sugerir que las mujeres de los países en vías de desarrollo probablemente tengan un riesgo mayor de MM por violencia intrafamiliar que las mujeres de los países desarrollados. Sin embargo, se requiere más investigación en esta área para probar tal hipótesis; no obstante, se puede sugerir que si se incluyera la violencia intrafamiliar como parte integral de las estrategias de promoción de la salud materna, se podría alcanzar la meta de reducir la mortalidad materna en un 75% para el año 2015, y lograr, a su vez, avances importantes hacia la equidad de género.

A este respecto, habría que decir que las mujeres embarazadas constituyen un grupo de alto riesgo en cuestiones de violencia, y de acuerdo a datos proporcionados por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en 1996 en el informe de la OPS³ éstas aumentan su probabilidad de sufrir violencia conyugal sólo por el hecho de estar embarazadas.

El propósito de este análisis es la identificación de factores considerados como factores de género que contribuyen de distintas maneras a favorecer dicho tipo de violencia. Por ejemplo, para la OPS³ la raíz de esta problemática está institucionalizada, ya que se encuentra arraigada en las distintas instituciones de la sociedad como la familia, la educación, el sistema de salud y la cultura, quienes en su gran mayoría siguen interpretando el uso de la violencia como un recurso válido para el mantenimiento del orden social, dentro del cual predomina la discriminación y la opresión de la mujer por un lado y la supremacía masculina por el otro, y dentro de este sistema, el incumplimiento de las obligaciones o mandatos y las respuestas consideradas inapropiadas en una esposa o pareja, constituyen justificaciones para la violencia.

Así, la violencia que se ejerce en el ámbito doméstico es un abuso que refuerza estas jerarquías de género, y generalmente, la justificación de la misma se deriva de las normas sociales sobre el papel y los deberes apropiados del hombre y la mujer, es decir, de las normas relativas al género.⁶ Dichas cuestiones se encuentran tan arraigadas en la cultura que uno de los principales mitos de la violencia doméstica es

que las mujeres, por su comportamiento inapropiado, necesitan de la corrección de sus maridos. De acuerdo con González,¹⁸ muchos hombres latinoamericanos siguen distinguiendo a las “buenas” mujeres, las esposas o parejas con las que se casan y procrean.

Este pensamiento, propio de una cultura jerárquica y patriarcal, establece normas y roles para la mujer de una manera arbitraria y altamente permeada por un pensamiento machista, que se ha tardado en evolucionar al parejo de los cambios en el rol de la mujer; es así que tenemos mujeres liberadas, quienes han cambiado de patrones y roles y en contraparte, hombres que las “castigan” por romper con los mismos.

Un ejemplo de esto es que el maltrato ejercido por el esposo o compañero en contra de la mujer, lo viven más las trabajadoras jóvenes, es decir, mujeres que al ejercer un trabajo se encuentran más empoderadas, que aquellas que sólo se quedan trabajando en casa y pueden expandir su rol de esposa/madre. De acuerdo con el INEGI,⁶ 56 de cada 100 mujeres con edades entre 15 a 19 años de edad, sufren algún tipo de violencia por parte de su esposo o compañero y una de cada dos mujeres que trabaja padece agresiones por parte de su pareja, además de que las mujeres que trabajan declararon ser objeto de agresiones físicas o sexuales, en mucha mayor medida que aquellas que se dedican a los quehaceres domésticos o alguna otra actividad no económica.

Está claro que el rol de la mujer ha cambiado con el paso del tiempo y en la actualidad es fácil encontrar mujeres cuyos roles de género se han modificado al grado de ser consideradas transgresiones de aquellos roles iniciales sobre lo que “debe ser o hacer” una buena esposa/madre. Ganar más dinero que su esposo, pasar largas horas fuera de casa en un trabajo remunerado y su consecuente e inevitable descuido de las labores del hogar y los hijos, la independencia de acción y pensamiento, y la actitud empoderada, son todos cambios importantes de los roles esperados por muchos hombres. Por ejemplo, de acuerdo con Castañeda¹⁹ mucha gente sigue pensando que el cuidado de los hijos corresponde “naturalmente” a las mujeres y el involucramiento del padre todavía se considera necesario. El hecho de que una mujer no desee casarse o tener hijos es considerado como una anomalía, una falla en la feminidad.

La posibilidad de empatar conductas consideradas femeninas con aquellas que no lo son, es igualmente problemático para la mujer; por ejemplo, aquellas mujeres embarazadas que eligen seguir trabajando son fuertemente criticadas por la cultura, sencillamente porque los requerimientos de la feminidad se consideran incompatibles con el éxito profesional. Aunado a esta situación, los cambios que se han dado en los últimos años en el rol de la mujer/madre no hacen fácil la tarea de la madre en esta época y mucho menos del cumplimiento de los roles para la misma. Muchas madres, hoy en día, además de cumplir con su rol de proveedoras, mujeres trabajadoras y cuidadoras, deben seguir cumpliendo con las demandas de los roles tradicionales, como son la limpieza y el cuidado del hogar. El feminismo puede ser comprendido como un episodio más de la historia en el que se relata el complejo, difícil y doloroso proceso de humanización. Acerarse al feminismo es penetrar en el debate acerca de la subordinación femenina que se sostiene desde hace varios siglos.

En esta misma línea, ha quedado establecido que las condiciones de salud, tan particulares de la mujer embarazada y su especial necesidad de seguridad económica, la vuelven especialmente vulnerable a situaciones de abuso, aunado al hecho de que una mujer embarazada que sufre de violencia tendrá mucho más dificultad en alejarse de esta situación que una mujer no embarazada. Por ejemplo, el factor económico y de subsistencia ya mencionado, que normalmente es un tema difícil para la mujer que busca dejar una situación de violencia, se vuelve doblemente delicado al enfrentarse con la necesidad de mantener un hijo. La inseguridad y el miedo por su vida se extiende a la seguridad por la vida de su hijo también.

La terrible realidad de una mujer que sufre de abuso en varias o en todas sus manifestaciones trae consigo consecuencias que afectan la identidad, autoestima y autodeterminación como persona.⁶ Muchas de las reacciones ante este estado de estrés, como son el cansancio y la fatiga crónica, las alteraciones del sueño, los trastornos somáticos, baja autoestima, estado permanente de miedo y ansiedad, depresión, culpa y vergüenza²⁰ se vuelven también disparadores de mayor violencia, perpetuando así el ciclo de la misma.

El homicidio o el suicidio son actos de extrema violencia. Estos actos parecen ser el último eslabón de una serie de episodios de violencia perpetrados

por las parejas u otros familiares de las mujeres fallecidas. La violencia intrafamiliar como problema de salud (o condición de no salud) no corresponde epistemológicamente (o semánticamente) hablando a una condición fisiopatológica de enfermedad, sino a una condición social. Sin embargo, si el embarazo desata o agrava la violencia intrafamiliar y, subsecuentemente, se llega a la muerte, correspondería considerarla, al menos teóricamente, como una causa de muerte obstétrica indirecta.^{20,21}

Esta situación es diferente a la de otros tipos de accidentes que no podrían considerarse causas de muerte materna de ningún tipo. Este análisis nos lleva a diversas reflexiones sobre diferentes temas que están íntimamente ligados, por ejemplo, a las consecuencias de los embarazos no deseados y no planeados. Esto es aún más importante en sociedades donde un embarazo no deseado o fuera del matrimonio está estigmatizado, en los cuales los programas de anticoncepción no son accesibles para todas las mujeres (sobre todo para las jóvenes de zonas rurales), donde el aborto está legalmente restringido y las diferencias de poder en la pareja o la inequidad de género son muy marcadas. Existen datos en estudios en los que se ha notificado la relación entre suicidio y embarazo no deseado y, sobre todo, cuando esto sucede en la adolescencia.²²

En general, la violencia intrafamiliar contra las mujeres tiene su origen en factores sociales y culturales que expresan primordialmente una desigualdad de género. La pobreza, la falta de acceso a la información, los servicios y apoyos sociales, incrementan esta desigualdad y, por tanto, el riesgo de violencia intrafamiliar.²³

La inclusión de la violencia intrafamiliar como una causa obstétrica indirecta permitiría ampliar y perfeccionar el registro y comprensión de las muertes maternas. No obstante, esto plantea varios retos metodológicos y logísticos; entre ellos, el de identificar a las embarazadas dentro del grupo de muertes violentas.

Asimismo, identificar y reconocer en las estadísticas oficiales las circunstancias sociales como posibles causas de muerte materna abre la posibilidad de establecer políticas, programas y servicios de prevención y atención que contemplen esta dimensión del problema. La violencia intrafamiliar es un problema que afecta a la salud y la vida de las mujeres y debe identificarse en los servicios de atención prenatal y postnatal.²⁴

REFERENCIAS

1. Burdiel I. Introducción al libro *Vindicación de los Derechos de la Mujer*. Trad. Carmen Martínez, Madrid: Ediciones Cátedra, Universidad de Valencia, Instituto de la Mujer, 1996: 7-93.
2. Urrutia E. Presentación del Foro de Discusión sobre la Mujer y el SIDA. En *Mujer y SIDA. Programa interdisciplinario de Estudios de la Mujer*, México: El Colegio de México, 1994: 7-10.
3. PAHO/WHO Programa Mujer, Salud y Desarrollo; Serie Género y Salud Pública, 1999.
4. Walker D, Campero L, Hernández B. Estudios sobre mortalidad materna y violencia: implicaciones para la prevención, *Salud Pública Mex* 2007; 49 (edición especial): E234-5.
5. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE10). Publicado por la OMS, 1994.
6. INEGI. Estadísticas a propósito del Día Internacional para la Eliminación de la Violencia Contra las Mujeres. Datos Nacionales. México. 2005.
7. INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2006. Base de datos.
8. Ellsberg M, Heise L, Pena R, Agurto S, Winkvist A. Researching domestic violence against women: methodological and ethical considerations. *Stud Fam Plann* 2001; 32: 1-16.
9. Nasir Khurram et al. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Pregnant women more likely to experience violence. Cited by: Feminist Majority Foundation. June 24, 2003. En: la Encuesta Experimental de Demografía y Salud de la República Dominicana.
10. CESDEM et al. Encuesta Experimental de Demografía y Salud. Santo Domingo, 2001.
11. Langer A, Hernández B, García C, Saldaña G. Identifying interventions to prevent maternal mortality in Mexico: a verbal autopsy study. In: Berer M, Sundari T (editors): *Reproductive Health Matters. Safe motherhood initiatives: critical issues*. London: Blackwell Science; 1999: 127-36.
12. George D. CDC explores pregnancy-homicide link. *The Washington Post*, 23 February, 2005. Washington DC.
13. Gazmararian JA, Adams MM, Saltzman LE, Johnson CH, Bruce FC, Marks JS, Zahniser SC. The relationship between pregnancy intendedness and physical violence in mothers of newborns. The PRAMS Working Group. *Obstet Gynecol* 1995; 85: 1031-8.
14. Ronsmans C, Khlat M. Adolescence and risk of violent death during pregnancy in Matlab, Bangladesh. *Lancet* 1999; 354(9188): 1448.
15. Janssen PA, Holt VL, Sugg NK, Emanuel I, Critchlow CM, Henderson AD. Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 1341-7.
16. Espinoza H, Camacho V. Maternal death due to domestic violence: an unrecognized critical component of maternal mortality. *Rev Panam Salud Pública* 2005; 17: 123-9.
17. Sunita K, Kiersten J. Reproductive health and domestic violence: are the poorest women uniquely disadvantaged? *Demography* 2006; 43: 293-307.
18. González R. Diagnóstico Situacional y Propuestas para un Programa Nacional, Estudio Nacional, El Salvador, México, CEPAL, 2001.

19. Castañeda M. El Machismo Invisible, Ed Grijalbo, 2002: 183.
20. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision. Geneva; WHO 1992. Disponible en: <http://www3.who.int/icd/vollhtm2003/fr-icd.htm>
21. Gazmararian JA, Spitz AM, Rowley DL, Goodwin MM, Saltzman LE et al. Violence and adverse pregnancy outcomes: A review of the literature and directions for future research. *Am J Prey Med* 1997; 13: 366-73.
22. Frautschi S, Cerulli A, Maine D. Suicide during pregnancy and its neglect as a component of maternal mortality. *Int J Gynecol Obstet* 1994; 47: 275-84.
23. Rizzi RG, Cordoba RR, Maguna JJ. Maternal mortality due to violence. *Int J Gynaecol Obstet* 1998; 63 Suppl 1: S19-24.
24. Campero L, Walker D, Hernández B, Espinoza H, Reynoso S. La contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos México, *Salud Pública Mex* 2006; 48: Suppl 2: S297-306.

Correspondencia:

Mtra. Mayra Chávez-Courtois

Montes Urales Núm. 800, Col. Lomas de Virreyes, Deleg. Miguel Hidalgo.

11000 México, D.F.

Teléfono: 5520 9900 ext. 459

Fax: 5540 2947

Correo electrónico: courml@yahoo.com.mx