

PARA QUE CADA
MUERTE MATERNA
IMPORTE

PARA QUE CADA MUERTE MATERNA IMPORTE

Silvina Ramos
Mariana Romero
Ariel Karolinski
Raúl Gerardo Mercer
Iván Daniel Insua
Cynthia Anahí del Río Fortuna

Con la colaboración de:

Gustavo Edgardo Agolti
Fernando Althabe
Sofía Amenábar
Carlos Enrique Cardello
Oscar Rogelio Federico Damoli
Mónica Cora Molinas
Fernando José María Romano
Marisa Juana Sotelo

Colaboración de Zulma Ortiz para la edición



© CEDES, 2004

Con el apoyo de CONAPRIS/Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación
y del Fondo de Población de Naciones Unidas

ISBN: 950-9572-25-X

CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad)
Sánchez de Bustamante 27
(1173) Buenos Aires, Argentina
Telefax: (54 11) 4865 1707/1712
E-mail: salud@cedes.org
Web site: www.cedes.org

En homenaje a la vida de cada mujer

Índice

« Equipo responsable del estudio	9
« Acerca de los autores	11
« Agradecimientos	17
« Prólogo	19
« Presentación	23
« ¿Por qué ocuparnos de las muertes maternas?	25
« Mortalidad materna: derechos humanos, injusticia social y equidad sanitaria	41
« Mortalidad materna: magnitud de un grave problema sanitario	47
« Evidencia científica para mejorar el desempeño de los servicios de salud en la reducción de la mortalidad materna	63
« La dinámica de los factores familiares, personales y comunitarios en las muertes maternas	81
« Reflexiones finales y algunas recomendaciones	101
« Referencias bibliográficas	105
« Anexo: Directorio de recursos web especializados en salud materna	109

Equipo responsable del estudio

Equipo coordinador general

CEDES

Silvina Ramos (Coordinadora general)

Mariana Romero (Investigadora principal)

Raúl Mercer (Investigador asociado)

Silvana Weller (Investigadora asociada)

Cynthia del Río Fortuna (Investigadora asistente)

Mónica Molinas (Asistente y secretaria)

CLAP/OPS/OMS

Ariel Karolinski (Investigador asociado)

Fernando Althabe (Investigador consultor)

Colaboradores

Iván Insua y Facundo López Pacholczak

Equipos provinciales

Chaco

Gustavo Agolti (becario), Ministerio de Salud, Programa de Educación para la Salud y Procreación Humana Responsable; Pedro Picasso, Ministerio de Salud, Programa Maternidad e Infancia, y María Cristina Delgado.

Formosa

Oscar Federico Damoli (becario), Jefe del Programa Gineco-obstetricia del Programa Maternidad e Infancia / PROMIN; Luis Saturnino Robles, Ministerio de Salud, Programa Maternidad e Infancia, y Gloria Liz Patiño.

Mendoza

Carlos Cardello (becario), Ministerio de Salud, Programa Materno Infantil; Santiago Bosio, Jefe de Área Informática, Programa Materno Infantil, y Liliana Gladys Barg.

San Juan

Fernando José María Romano (becario), Secretario de Planificación, Ministerio de Salud; Roberto Ranea, Director del Programa Maternidad e Infancia; Máximo Alejandro López, Médico obstetra de guardia, Maternidad Hospital Guillermo Rawson, y Elsa Poblete.

San Luis

Marisa Sotelo (becaria), Hospital de San Luis; María Graciela Sarmiento, Gerente de Coordinación de Medicina Preventiva, y María Elizabeth Blanda.

Tucumán

Sofía Amenábar (becaria), Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes; Sara Aulet, Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes, y Silvia Landaburu.

El proyecto contó con dos comités asesores, uno nacional y otro internacional, integrados por profesionales con experiencia en el campo de la investigación social y biomédica en salud reproductiva. Los comités funcionaron como órganos de consulta en todos los aspectos metodológicos del proyecto, incluidos los aspectos éticos. También contó con un comité de coordinación sanitaria, conformado por funcionarios de las áreas materno-infantiles y epidemiológica del Ministerio de Salud de la Nación.

Comité asesor internacional

Virginia Camacho, OPS, Washington DC.

Pierre Buekens, Universidad de Carolina del Norte, Chapel Hill.

Ana Langer, The Population Council, Oficina Regional para América Latina y el Caribe.

José Belizán, CLAP (OPS/OMS).

Fernando Barros, CLAP (OPS/OMS).

Isabela Danel, CDC/Banco Mundial.

Tania Di Giacomo do Lago, Centro Brasileiro de Analisis e Planejamento (CEBRAP), Brasil.

Comité asesor nacional

Mario Sebastiani, AAGOP (Asociación Argentina de Ginecología y Obstetricia Psicosomática).

Eduardo Elizalde, FASGO (Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia).

Jorge E. Urman, ASAPER (Asociación Argentina de Perinatología).

Eleonor Faur, UNICEF-Argentina.

Antonio Azevedo, OPS-Argentina.

Mabel Bianco, FEIM.

Martín Böhmer, Facultad de Derecho, Universidad de Palermo (Consultor en aspectos legales).

Florencia Luna, Programa de Bioética, FLACSO (Consultora en bioética).

Comité de coordinación sanitaria

Oscar García, Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Salud Materno-Infantil.

Inés Pertino, Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Salud Materno-Infantil.

Mariela Rossen, Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Salud Materno-Infantil.

Augusto Zannetta, Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Salud Materno-Infantil.

Sergio Sosa Estani, Ministerio de Salud, Dirección de Epidemiología.

Élida Marconi, Ministerio de Salud, Dirección de Estadísticas de Salud.

Zulma Ortiz, Ministerio de Salud, Programa Vigi+A.

Rolando Ramírez, Ministerio de Salud, Programa Vigi+A.

Acerca de los autores

Silvina Ramos

Licenciada en Sociología, Universidad del Salvador (Diploma de Honor), Buenos Aires. Estudios de posgrado en el Programa Latinoamericano de Formación de Investigadores del CEDES, Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Candidata al Doctorado, Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. Directora e Investigadora titular del Área de Salud, Economía y Sociedad, del CEDES. Docente en cursos de posgrado en instituciones públicas y privadas de salud en la Argentina, y en universidades argentinas y latinoamericanas en los campos de metodologías cualitativas, sociología de la salud y salud reproductiva. Integrante de los Consejos Académicos de la Maestría en Ciencias de la Familia (2000-) y de la carrera de Problemática de la Organización Familiar (2004-), Universidad Nacional de San Martín.

Mariana Romero

Médica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario. Maestra en Ciencias en Salud Reproductiva, Escuela de Salud Pública - Instituto Nacional de Salud Pública, México. Post doctoral fellow, Center for Reproductive Health Policy Research, Institute for Health Policy Studies School of Medicine, University of California San Francisco. Candidata al Doctorado, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Investigadora asociada del Área Salud, Economía y Sociedad, CEDES, e Investigadora Asistente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Coordinadora académica y docente de la Maestría en Ciencias Sociales y Salud, CEDES-FLACSO Buenos Aires.

Ariel Karolinski

Médico, Especialista en Obstetricia y Ginecología. Maestría de Efectividad Clínica, Universidad de Buenos Aires. Programa de Efectividad Clínica (Escuela de Salud Pública, Harvard University, Estados Unidos). Miembro del Equipo de Investigadores Clínicos de CLAP-OPS/OMS en Trials Muticéntricos (Coordinador Regional en Argentina del Proyecto Guías, CLAP-UNC). Coordinador Área de Investigación de la Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Director del curso “Práctica Clínica basada en la Evidencia; Metodología de Investigación Científica”, Dirección de Capacitación y Desarrollo, Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Docente de la Cátedra de Licenciatura de Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

Raúl Gerardo Mercer

Médico, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata. Especialista en Pediatría y Puericultura, Colegio Médico de la Provincia de Buenos Aires. Master en Ciencias (Epidemiología), Department of Preventive Medicine, University of Wisconsin, Madison, Estados Unidos. Médico Sanitarista, Consejo de Certificación de Profesionales Médicos, Academia Nacional de Medicina. Investigador visitante del Área Salud, Economía y Sociedad, CEDES, Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Coordinador Académico y docente de la Maestría de Ciencias Sociales y Salud CEDES-FLACSO Buenos Aires (2001-2003). Miembro del Consejo Académico de la Maestría de Salud Familiar y Comunitaria (UNER). Docente en cursos de posgrado de instituciones públicas y privadas del país y del extranjero. Consultor y coordinador de programas de salud materno infanto juvenil.

Iván Daniel Insua

Médico, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Médico Especialista en Alergia e Inmunología, Universidad de Buenos Aires. Se desempeñó como Ayudante 1º, dedicación simple, Unidad Docente Hospitalaria, 2º Cátedra R. Fernández, Universidad de Buenos Aires; Director de Programas Sanitarios Indígenas, Fundación Médicos en Catástrofe (MEC); Médico de Frontera de Comunidades Indígenas del Chaco Salteño, Misión La Paz, Campaña de Lucha contra el Cólera (MEC); Jefe Interino de Área Programática y Medicina Preventiva y Oficina de Referencia y Contrarreferencia, Referente por Salud de la Comisión Mixta Salud-Educación, y Médico a cargo de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna e Infantil, del Hospital S. T. de Santamarina, Esteban Echeverría, provincia de Buenos Aires. Actualmente se desempeña como médico epidemiólogo-capacitador del Programa Vigi+A y médico epidemiólogo de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.

Cynthia Anahí del Río Fortuna

Licenciada en Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. Actualmente cursando la Maestría en Ciencias Sociales y Salud, FLACSO-CEDES. Investigadora Asistente en el Área Salud, Economía y Sociedad, del CEDES. Investigadora de apoyo en el proyecto UBACyT “Reconstrucción de la identidad de los desaparecidos: Archivo biográfico familiar de Abuelas de Plaza de Mayo” (1999-).

Gustavo Edgardo Agolti

Médico, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste (Diploma de Honor). Especialidad de Tocoginecología. Médico Residente de Tocoginecología del Hospital Dr. J. C. Perrando, Resistencia, provincia del Chaco. Maestrando de la Maestría de Ciencias Sociales y Salud, CEDES-FLACSO. Realizó concurrencias por el Departamento de Genética Médica y Citogenética para el diagnóstico prenatal, Instituto Nacional de Genética Médica, Hospital Rivadavia, Buenos Aires. Se desempeñó como Instructor de la Residencia de Tocoginecología, Médico de sala y/o consultorio externo y Médico de Planta permanente, Servicio de Tocoginecología, del

Hospital J. C. Perrando, Resistencia, provincia del Chaco; Médico concurrente al CEGYR (Centro de Estudios en Ginecología y Reproducción). Actualmente, Médico de la Dirección Materno Infantil, donde cumple actividades de capacitación; Director a cargo de la Dirección de Zona Sanitaria N° 1 del Ministerio de Salud Pública de la Provincia del Chaco; Responsable del Programa de Educación para la Salud y Procreación Humana Responsable de la provincia del Chaco.

Fernando Althabe

Médico obstetra. Actualmente se desempeña como investigador en perinatología en el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP-OPS/OMS) en Montevideo, Uruguay. Fue coordinador del Estudio Latinoamericano de Cesáreas y actualmente coordina el Proyecto Guías, CLAP-UNC. Una de sus principales actividades es investigar y promover el uso de las prácticas más efectivas para mejorar la salud materna y perinatal.

Sofía Amenábar

Médica, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán. Doctoranda, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán. Profesora titular de Obstetricia de la Unidad de Alto Riesgo de la Maternidad de Tucumán. Se desempeñó como Jefa del Departamento de Perinatología de la Maternidad de Tucumán; integrante del Comité para el estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal de la Provincia de Tucumán; Presidenta de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Tucumán; Presidenta de la Comisión de Salud Perinatal de FASGO; Representante de la Comisión Nacional de la Región del NOA para la Auditoría de la Mortalidad Materna, designada por FASGO; Integrante de la Comisión de Educación Médica a Distancia, designada por FASGO; Presidenta del Capítulo de Perinatología de FASGO. Ejerce la profesión médica en forma privada e ininterrumpida desde 1973, y en el Instituto CEMOG y el Sanatorio Modelo. Actualmente se desempeña como Jefa de la Unidad de Obstetricia de la Maternidad de Tucumán.

Carlos Enrique Cardello

Médico, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo. Médico residente de Ginecología y Obstetricia y Médico Jefe de Residentes por concurso en el Hospital Luis C. Lagomaggiore. Médico tocoginecólogo y médico epidemiólogo, Consejo Deontológico, Ministerio de Salud, provincia de Mendoza. Formación de posgrado: Diploma en Gestión de Instituciones de Salud, Instituto de Economía y Administración de Organizaciones de Salud, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Cuyo. Curso de Posgrado de Reingeniería Hospitalaria y Curso de Economía de la Salud, Programa Interfacultades de Administración de Salud, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Cuyo e Instituto de Economía y Organización. Curso de Epidemiología General, Instituto Nacional de Epidemiología. Se desempeñó como Director Asistente del Sanatorio A. Fleming, de la Obra Social de Empleados Públicos de Mendoza; Director de Medicina Asistencial, Obra Social de Empleados Públicos de Mendoza; Director de Planificación y Control, Ministerio de Salud, provincia de Mendoza; Consultor P.N.U.D.; Gerente de Operaciones de P.RE.S.SAL, Unidad Ejecutora Provincial Men-

doza, y Gerente de Monitoreo y Evaluación de PROMIN, Unidad Ejecutora Provincial Mendoza. Actualmente se desempeña como Director Provincial de Maternidad e Infancia, Ministerio de Desarrollo Social y Salud de Mendoza.

Oscar Rogelio Federico Damoli

Médico Cirujano, Universidad Nacional de Córdoba. Especialista en Ginecología y Obstetricia, Universidad Nacional de Córdoba. Reválida de la especialidad, Universidad Nacional del Nordeste. Especialista en Medicina Nuclear (CoNEA). Especialista en Gestión Empresarial en Salud, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay y Universidad Nacional de Chile. Magister en Salud Materno Infantil, Universidad Nacional de Córdoba. Actualmente se desempeña como Jefe de Área Gineco-Obstetricia de la Provincia de Formosa.

Mónica Cora Molinas

Estudiante de la carrera de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Becaria del Área Salud, Economía y Sociedad, del CEDES, y tallerista en el Programa “Nuestros Derechos, Nuestras Vidas” del CDNNA (Consejo por los Derechos del Niño/a y Adolescente), como participante del Foro por los Derechos Reproductivos, Buenos Aires (2002-).

Fernando José María Romano

Médico Cirujano, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba; Jefe de Clínica, Servicio de Clínica Médica del Hospital Rawson, provincia de San Juan. Cursos de Auditoría Médica, Administración de Sistemas y Servicios de Salud, Hospital Italiano, Buenos Aires. Becario de Fogarty Foundation, Curso de Medicina Basada en la Evidencia CLAP-OPS. Jefe del Departamento Planificación, Ministerio de Salud de San Juan. Participante de la XIII Sesión Epidemiología Intermedia, OPS-OMS, University of South Florida.

Marisa Juana Sotelo

Médica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata. Entrenamiento de posgrado en Residencia en clínica pediátrica, Hospital de Niños Sor María Ludovica, La Plata; Beca posresidencia en neonatología, Hospital Iriarte, Quilmes, otorgada por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; Rotación en terapia intensiva neonatal, Hospital San Jorge, Estocolmo, Suecia. Actualmente se desempeña como Médica de planta de neonatología, Complejo Sanitario San Luis.

Zulma Ortiz

Médica cirujana, Universidad Nacional de Córdoba. Médica especialista en reumatología, Universidad Nacional de Buenos Aires. Maestra en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, Universidad de Lanús, y Research Fellowship en Epidemiología e Investigación en Servicios de Salud, Universidad de Ottawa, Canadá. Carrera Docente en la Universidad Nacional de Buenos Aires. Fue Coordinadora del Programa Vigí+a, Ministerio de Salud de la Nación y Subdirectora

de la Carrera de Especialista en Epidemiología de Campo, Universidad de Tucumán-Ministerio de Salud. Actualmente es Jefa del Área Investigación y Docencia, del Centro de Investigaciones Epidemiológicas, Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. Miembro del Jurado de la CONAPRIS para las Becas de Investigación “Ramón Carrillo–Arturo Oñativia”, en el Área de Investigaciones a Nivel Hospitalario y de Apoyo Institucional. Secretaria del Comité de Ética de los Institutos de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. Docente en las Maestrías de Salud Pública, Universidad de Buenos Aires; Investigación Clínica, Universidad Austral; Programa de Efectividad Clínica, Universidad de Buenos Aires-Harvard University-Hospital Italiano; Epidemiología, Políticas y Gestión en Salud, Universidad Nacional de Lanús, y Ciencias Sociales y Salud, CEDES-FLACSO, Buenos Aires.

La mortalidad materna ha sido una tragedia descuidada, y se ha descuidado porque las que sufren son personas ignoradas, con menos fuerza e influencia sobre cómo se emplean los recursos nacionales, son pobres, y por encima de todo, mujeres.

Dr. Halfdan Thomas Mahler
Discurso inaugural en la Conferencia
de Maternidad sin Riesgo, Nairobi, 1987.

Agradecimientos

El presente estudio fue posible gracias al compromiso y cooperación de muchas personas e instituciones.

En primer lugar, queremos destacar la decisión del Ministerio de Salud de la Nación, a través de la CONAPRIS (Comisión Nacional de Programas de Investigaciones Sanitarias), de apoyar un estudio multicéntrico sobre el problema de la mortalidad materna, y agradecer la confianza depositada en el equipo para el diseño y coordinación del estudio. Este proyecto ha significado una oportunidad invaluable para poner nuestro conocimiento y habilidades como investigadores al servicio de una política pública dispuesta a mejorar la salud reproductiva de las mujeres en nuestro país.

El compromiso de los equipos provinciales que realizaron la recolección y revisión de la información fue clave para garantizar la calidad científica del estudio y para que pudiera ser concluido en el tiempo disponible, con los resguardos tanto éticos como metodológicos necesarios. Asimismo, las Direcciones de Estadística y los Programas de Maternidad e Infancia y de Salud Reproductiva provinciales y los Departamentos de Estadística de los hospitales, así como el Programa Vigi+A fueron colaboradores valiosos en la tarea desarrollada. A todos ellos, nuestro agradecimiento por haber aceptado conformar un equipo de trabajo sólido y respetuoso.

Sabemos que la experiencia de revivir las circunstancias que rodearon la muerte de un ser querido no es sencilla. Por ello, es inestimable el aporte de los familiares de las mujeres fallecidas, quienes a pesar de su dolor participaron de las entrevistas con dedicación y confianza.

Los apoyos del Fondo de Población de Naciones Unidas y de la Organización Panamericana de la Salud también fueron clave para el buen desarrollo de este proyecto y merecen nuestro reconocimiento. Estos apoyos, imprescindibles tanto para el contacto permanente del equipo coordinador con los equipos provinciales, como para la realización de talleres de trabajo, constituyeron la base del esfuerzo colaborativo generador de una modalidad de trabajo que entre todos hemos aprendido y que no dudamos será aprovechada en otros emprendimientos.

La colaboración del CLAP OPS/OMS, y especialmente la consultoría desarrollada por el Dr. Fernando Althabe para este proyecto en todas sus etapas, han sido un aporte sustancial que queremos destacar.

Nuestro agradecimiento a los integrantes de los comités nacional, internacional y de coordinación sanitaria, quienes se sumaron a este proyecto desde el inicio, y al que aportaron su conocimiento y experiencia para responder a nuestras consultas con la calidad técnica necesaria. Particular reconocimiento merece la Dra. Virginia Camacho (OPS/OMS), quien participó de los talleres de trabajo y ofreció una permanente asistencia técnica al proyecto. Agradecemos a la Dra. Ana Langer, al Dr. Henry Espinoza y a la Lic. Sofía Reynoso, de la Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Population Council, por habernos facilitado el acceso a los protocolos del estudio sobre mortalidad materna realizado en México. La Lic. Élide Marconi, de la Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud de la Nación, fue una estrecha colaboradora que suministró la información necesaria. Eduardo Bergel, Daniel Ferrante, Luz Gibbons, Vilma Irazola y Alejandro Marzonetto participaron en el análisis de los datos del estudio de casos y controles; a todos ellos nuestra gratitud.

También queremos agradecer especialmente el acompañamiento y estímulo permanente ofrecidos por el Dr. Juan Carlos O'Donnell, coordinador de la CONAPRIS, a lo largo de todo el proceso. La Dra. Zulma Ortiz ha contribuido con su espíritu crítico y profesionalismo en la revisión y edición de esta publicación.

Por último, es nuestro deseo que los resultados de este estudio puedan ser acogidos con toda la decisión y voluntad política que se requieren, para que la salud y la vida de las mujeres de nuestro país, en particular la de las mujeres de los sectores sociales más vulnerables, sean mejor cuidadas, atendidas y respetadas. Y que las muertes maternas en la Argentina sean en el corto plazo una realidad del pasado.

Equipo coordinador

Buenos Aires, julio de 2004

Prólogo

Es para mí una satisfacción presentar este trabajo elaborado por un equipo muy calificado de veintinueve profesionales y coordinado por Silvina Ramos, Directora del CEDES, Centro de Estudios de Estado y Sociedad, de quien me consta su inmensa trayectoria en investigación y su profundo compromiso con la salud de las mujeres.

El documento analiza en forma integral “el camino de la muerte materna”, desde los diversos factores donde ocurre el embarazo y el parto, la accesibilidad y la calidad del sistema de salud, hasta el registro de las muertes ocurridas. Aporta información acerca de la estructura de causas de muertes maternas, los niveles de subregistro, los factores vinculados a la atención asociados con las muertes ocurridas en establecimientos del subsector público, los aspectos socioculturales, familiares y personales que facilitan u obstaculizan el contacto oportuno con los servicios de salud, y la percepción de las familias acerca de los eventos y de la respuesta que estos servicios brindan en circunstancias padecidas por las madres fallecidas.

Los resultados presentados promueven la búsqueda de nuevas metodologías para la vigilancia, el fortalecimiento de los servicios de salud reproductiva, el aumento de la información de los varones para la prevención de los embarazos no deseados, la mejora en las derivaciones, la capacitación continua de los equipos de salud ante situaciones de emergencia obstétrica, la ampliación de la accesibilidad a los servicios y la promoción de la salud de la mujer en todos sus aspectos en las provincias con mayores tasas de mortalidad materna. Éstas y otras políticas públicas serán articuladas para la implementación del Plan Federal de Salud. Su éxito dependerá en buena medida de que las instituciones con reconocida capacidad en investigación den prioridad a la elaboración de diagnósticos para la reorientación de políticas y programas.

La reserva que existía sobre el problema de la mortalidad materna ha comenzado a revertirse. En septiembre del año 2000, la mayor concentración de jefes de Estado de la historia aprobó la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, que luego derivó en los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio. El sexto objetivo establece la meta de reducir la tasa de mortalidad materna para el año 2015.

Según un informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, en todo el mundo más de medio millón de mujeres muere cada año durante el embarazo o el parto. Son 30 veces más las que padecen lesiones, infecciones y otras complicaciones relacionadas con el embarazo. Es por ello que los organismos internacionales plantean la necesidad de jerarquizar la protección de la salud materna a través del incremento de la equidad del gasto público, la atención médica primaria y la provisión de medicamentos esenciales a los centros de atención. El citado informe afirma: “Los resultados en salud reflejan la equidad del reparto de los gastos”.

Las pestes que diezmaban las poblaciones de países enteros han sido derrotadas, pero han dado lugar a una nueva enfermedad mundial mucho más difícil de superar: la imposibilidad de los países y de los ciudadanos para pagar sus cuentas de salud. Este problema surge principalmente del aumento de la brecha del gasto total entre sectores sociales, que no sólo genera resultados desiguales, sino que también disminuye la eficiencia en la asignación de los recursos. En salud, la ineficiencia cuesta vidas.

En octubre del año 2003, el Presidente Néstor Kirchner presentó los Objetivos de Desarrollo del Milenio para la Argentina. En esa ocasión afirmó: “Debemos puntualizar hacia dónde queremos orientar nuestros esfuerzos para que resulten en significativas mejoras en los indicadores sociales, no sólo de los que tenemos en el presente, sino incluso que superen los que habíamos alcanzado en décadas previas y que se deterioraron, como los de pobreza y desigualdad”. Allí planteó para el Gobierno exigencias que exceden los compromisos suscriptos por la Argentina ante las Naciones Unidas.

En cumplimiento de este mandato, el Consejo Federal de Salud, integrado por el Ministerio de Salud de la Nación y todos los ministerios y secretarías de Salud provinciales, presentó en mayo de este año las Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007. Allí se afirma que la tasa de mortalidad materna se estabilizó en la última década, pero que sin embargo las asimetrías entre jurisdicciones y al interior de éstas son todavía muy pronunciadas. Más de la mitad de las muertes son prevenibles con acciones oportunas, tales como el control periódico del embarazo y una atención ambulatoria eficiente. Es por ello que se fijaron metas en torno del acceso de las mujeres embarazadas a controles, la disminución de la tasa de mortalidad materna y de las brechas entre jurisdicciones, y la reducción de la prevalencia de anemia por déficit de hierro en la mujer embarazada.

Para ello, además de impulsar otras medidas para mejorar en conjunto los resultados en salud, el Plan Federal otorga prioridad al Programa Nacional para el Desarrollo de Seguros de Salud Materno Infantiles Provinciales, que promueve la cobertura de niños y niñas menores de seis años y de las mujeres embarazadas que no tengan cobertura explícita de salud, inicialmente en las Regiones del Noroeste y del Nordeste argentino. Las nueve provincias han presentado su adhesión a esta iniciativa y se encuentran en la etapa inicial de implementación.

Esta prioridad, asumida por el Estado Nacional y los gobiernos provinciales, a la vez debe serlo para las instituciones universitarias y de investigación. Es por ello que al fijarse las áreas para los estudios a ser apoyados por la Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria (CONAPRIS), se otorgó preferencia al estudio de las muertes maternas, la incidencia del aborto como consecuencia de los embarazos no deseados y el embarazo de las adolescentes, en tanto éstas tienen una mayor probabilidad de fallecimiento.

De esa iniciativa surgió este trabajo, que fundamenta la necesidad de diseñar una política integral para reducir las muertes maternas. La publicación de sus resultados permite difundirlos para que puedan ser debatidos con autoridades sanitarias y con los diversos actores que deben comprometerse a ejecutar las intervenciones necesarias. Como bien se señala, “la construcción de consensos es clave en la definición de los mecanismos para la vigilancia y la prevención de las

muertes maternas, mientras que las acciones de promoción deben ser diseñadas desde el punto de vista de la salud pública y de los derechos humanos de las mujeres”. En este como en otros temas vinculados a la salud de los argentinos, podemos decir que si bien es más lo que falta por hacer que lo que hasta ahora se ha logrado, el rumbo ya ha sido acordado. Esto es lo que llevó a formular el Plan Federal: indicar un camino de salud para todos los argentinos.

Ginés González García
Ministro de Salud de la Nación

Presentación

La asunción del Dr. Ginés González García como Ministro de Salud de la Nación en el año 2002 dio paso a la modificación sustancial de los objetivos de las Becas “Carrillo-Oñativia”. Se constituyó la Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria (CONAPRIS) con expertos en investigación en salud y representantes de asociaciones profesionales.

Se desarrollaron áreas de investigación que privilegiaron el enfoque de los problemas sanitarios más importantes del país. Se continuó con becas de investigación básica y se iniciaron becas hospitalarias (sobre investigaciones operativas y clínicas) y becas de apoyo institucional a organizaciones no gubernamentales para el análisis de problemáticas sanitarias. Asimismo se impulsó la propuesta de CONAPRIS de realizar estudios colaborativos multicéntricos con un enfoque de participación provincial para analizar las problemáticas de salud que signifiquen una prioridad para que el Ministerio Nacional pueda desarrollar, modificar o establecer políticas de salud.

Se decidió realizar un estudio sobre la mortalidad materna que tuviera como objetivo investigar el problema desde la dinámica de los factores personales, familiares y comunitarios donde ocurren el embarazo y el parto, así como la accesibilidad a los servicios de salud y la calidad de las prestaciones brindadas por el sistema.

CONAPRIS propuso que este estudio se realizara a través de una institución de relevancia en el campo de la salud, por sus actividades reconocidas de investigación y docencia, como es el CEDES, Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

En este libro, editado por CONAPRIS y CEDES se dan a conocer los resultados obtenidos en este estudio multicéntrico (pertenecientes a las Becas “Ramón Carrillo-Arturo Oñativia” 2002-2003).

La investigación sobre la demanda en seis provincias (Chaco, Formosa, Mendoza, San Juan, San Luis y Tucumán), junto con la evaluación en la calidad de las prestaciones en los servicios de salud, permitió obtener conclusiones. El análisis secuencial de componentes de revisión de estadísticas en historias clínicas, estudios de casos, realización de autopsias verbales, y la utilización de indicadores de contexto permitieron arribar a conclusiones para formular políticas específicas y buscar consensos. La vigilancia eficiente y la prevención de las muertes maternas son medidas insoslayables para asegurar que los derechos de las mujeres sean protegidos con políticas y acciones definidas.

Destacamos, como afirma el Dr. Ginés González García en su nuevo libro *Salud para los Argentinos* “los valores sociales y políticos son las bases de la relación Estado-sociedad, son los pilares sobre los que se construye la gobernabilidad, el consenso y la democratización del poder”.

En nuestro ámbito, investigar para fijar políticas específicas de salud sobre mortalidad materna es una secuencia que mejora la relación de la sociedad y el gobierno.

Quisiera expresamente reconocer el compromiso de todo el equipo de CEDES, de sus directivos (en especial la Lic. Silvina Ramos y la Dra. Mariana Romero), de sus expertos y becarios, que demuestran que cuando hay compromisos claros, solidarios y con base científica, hay resultados importantes. La presentación de este libro es la expresión de lo señalado.

Dr. Juan Carlos O'Donnell
Coordinador de la Comisión Nacional de Programas
de Investigación Sanitaria (CONAPRIS)

¿Por qué ocuparnos de las muertes maternas?

“No simplemente porque estas son mujeres en la plenitud de sus vidas [...] No simplemente porque morir por causas maternas es una de las formas más terribles de morir [...] Pero por encima de todo, porque cada muerte materna es un evento que podría haberse evitado y que nunca debiera haberse permitido que ocurriera.”

(Fathalla, M., 1997,
citado en Berer y Ravindran, 1999).

Hay múltiples razones que podrían explicar por qué debemos ocuparnos de las muertes maternas. En este capítulo hemos organizado la evidencia para responder a tres interrogantes: ¿qué es y qué representa una muerte materna?, ¿cuáles son los compromisos asumidos a nivel internacional y nacional? y ¿cuál es la situación global y la de la Argentina? A nuestro juicio, las respuestas dan testimonio de una problemática desatendida. Este problema demanda no sólo recursos económicos con el fin de mejorar los servicios para brindar una atención obstétrica esencial, sino también una profunda concientización de los diferentes actores sociales acerca de la mortalidad materna como un evento que se puede y debe prevenir.

¿Qué es y qué representa una muerte materna?

La OMS define la defunción materna como la “muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los cuarenta y dos días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales” (OPS, 1995).

Las muertes maternas son un problema relevante para el desarrollo social. Cuando una mujer muere es una tragedia no sólo para ella, sino también para su familia y comunidad (PAHO, 2003). Las repercusiones sociales y económicas son diversas: las mujeres son los pilares de las familias, las que educan a sus hijos, las que proveen el cuidado de los jóvenes y ancianos; son campesinas, operarias, comerciantes, trabajadoras y, frecuentemente, las únicas que proveen el sustento familiar. Una sociedad que pierde la contribución de una mujer es una sociedad cuya vida social y económica declina, su cultura empobrece y su potencial para el desarrollo se ve seriamente limitado (WHO, 1999). Cuando una mujer fallece, quienes más sufren son los niños: sus hijos sobrevivientes tienen 3 a 10 veces más probabilidades de morir en los dos años siguientes

que los niños que cuentan con ambos padres. Asimismo, esos niños tienen menos probabilidades de acceder a la salud y educación durante su desarrollo (WHO, 1998).

Las muertes maternas son también un problema para la salud pública ya que pueden representar, como evento trazador, un sinnúmero de limitaciones de los servicios sanitarios, incluido el déficit de su calidad y el acceso a ellos (Langer y Espinoza, 2002). Toda mujer está expuesta a los riesgos que implica el embarazo, dado que durante la gestación puede tener complicaciones imprevistas que pongan su vida en peligro y que requieran atención médica inmediata. Los datos disponibles sugieren que alrededor del 40% de todas las mujeres embarazadas tendrán alguna complicación y cerca del 15% necesitarán cuidados obstétricos para atender las complicaciones que pueden poner en riesgo su vida o la del bebé. Muchas de estas complicaciones aparecerán de forma sorpresiva e imprevistamente (Koblinsky *et al.*, 1993). Las complicaciones del embarazo, parto y puerperio son las principales causas de incapacidad, enfermedad y muerte entre las mujeres en edad reproductiva en los países en desarrollo. Estas causas representan al menos el 18% de la carga global de enfermedad en este período de la vida de las mujeres (WHO, 1998).

Las muertes maternas son evitables. Las intervenciones para prevenir sus causas más frecuentes están probadas, disponibles y son costo-efectivas. Los países que han conseguido disminuirlas han adoptado medidas globales, tales como:

- ☛ La planificación familiar para la prevención del embarazo no deseado.
- ☛ El manejo apropiado del embarazo de alto riesgo (diabetes, hipertensión y anemia).
- ☛ El mejoramiento de los estándares y prácticas de personal calificado para el manejo del parto basado en evidencias: uso del partograma, prácticas asépticas, procedimientos manuales (remoción de placenta y reparación de episiotomía) y drogas para tratar la sepsis, la eclampsia y las hemorragias, intervenciones quirúrgicas (cesáreas) y anestesia.
- ☛ La provisión de abortos seguros y el tratamiento de sus complicaciones cuando han sido realizados en condiciones riesgosas.
- ☛ La vigilancia de las muertes maternas para monitorear su evolución, distribución, determinantes y causas, evaluar el impacto de las intervenciones y realizar las acciones necesarias.

En las últimas décadas, la experiencia internacional para disminuir las muertes maternas ha dejado como saldo las siguientes lecciones aprendidas (Ravindran y Berer, 1999):

- ☛ El abordaje de riesgo no contribuye a la predicción de qué mujeres tendrán complicaciones: es necesario partir de la premisa de que cualquier complicación puede desarrollarse durante o después del embarazo.
- ☛ Las mujeres que no desean embarazarse deben tener acceso a métodos de planificación familiar. La inversión en la provisión de servicios de salud reproductiva reduce las muertes maternas resultantes de abortos realizados en condiciones riesgosas. Sin embargo, la anticoncepción no contribuye a reducir el riesgo de complicaciones y muerte una vez que la mujer está embarazada.

- ❧ La capacitación de parteras tradicionales y de agentes comunitarios no ha reducido la mortalidad materna. Puede ayudar a garantizar condiciones de asepsia del parto e identificar signos de alarma para referir a las mujeres a servicios de salud que puedan atender la emergencia obstétrica.
- ❧ Las prácticas habituales de la atención prenatal y posnatal han tenido muy poco impacto en la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas. Los controles prenatales han mostrado ser más beneficiosos para los resultados neonatales que para las mujeres. Si bien ambos son importantes, las intervenciones eficaces para cada uno no son idénticas y no pueden ser sustituidas unas por otras.
- ❧ Se ha invertido más en el cuidado prenatal que en la atención del parto y del puerperio inmediato, la atención obstétrica de emergencia y la provisión de abortos seguros y de tratamiento para las complicaciones de abortos inseguros. Sin embargo, la gran mayoría de las complicaciones y de las muertes maternas ocurre durante y después del parto, en las primeras horas y días del posparto, y debido a las complicaciones de abortos.
- ❧ Aun cuando se disponga de una red asistencial accesible, la baja capacidad resolutive de los servicios de salud ha tenido como resultado una ineficiente atención obstétrica de emergencia.
- ❧ Los esfuerzos por mejorar la medición de las muertes maternas deben ser complementados con información acerca de dónde, cómo y por qué estas muertes ocurren y cuáles son los cursos de acción que se deben implementar para evitarlas.

¿Qué compromisos se han asumido para reducir las muertes maternas?

A fines de los años ochenta, dos iniciativas independientes llamaron la atención sobre los elevados niveles de morbilidad y mortalidad maternas. La más conocida de ellas, la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgo, fue lanzada durante una consulta internacional de las agencias de las Naciones Unidas, los gobiernos, los donantes y varias ONG en Nairobi, Kenia, en 1987. La segunda fue el Día de Acción de la Salud de las Mujeres, el 28 de mayo de 1988, lanzada por la Red Mundial por los Derechos Reproductivos y la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe a través de un llamado a la acción de las mujeres para prevenir la mortalidad materna, que fue suscripto por las participantes del V Encuentro Internacional Mujer y Salud, en 1987 en San José de Costa Rica.

El propósito de estas iniciativas fue llamar la atención hacia las dimensiones y consecuencias del pobre estado de la salud materna en los países en desarrollo, y promover acciones en dirección a bajar las altas tasas de muertes y discapacidad causadas por las complicaciones del embarazo y el parto. La meta planteada por la Iniciativa, y luego adoptada en varias conferencias de Naciones Unidas (Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo, 1994; Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing, 1995; Consulta Técnica por una Maternidad sin Riesgos, Colombo, 1997), era reducir la mortalidad materna a la mitad antes del año 2000 (Ravindran y Berer, 1999).

Desde el lanzamiento de esas dos iniciativas hasta el presente, la prevención de las muertes maternas se ha convertido en una prioridad internacional y muchos países en vías de desarrollo han hecho un significativo progreso en la expansión y el mejoramiento de los servicios de salud reproductiva para prevenir las muertes maternas.

En América latina y el Caribe, diversas agencias, reafirmando los compromisos asumidos por la Conferencia Internacional sobre Maternidad sin Riesgo (1987), la Cumbre Mundial a favor de la Infancia (1990), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994), y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995), han renovado sus esfuerzos en una estrategia para la reducción de la mortalidad materna en la región en el corto plazo. El 20 de febrero de 2004 el Grupo de Trabajo Interagencial Regional, conformado por la OPS, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), UNICEF, el Population Council, Family Care International, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial y la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), decidió poner en marcha el Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe (PAHO, 2003). Este compromiso se propone alcanzar la meta propuesta por la Cumbre del Milenio: haber reducido, para 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes respecto de los niveles vigentes en 1990 (United Nations, 2002).

Diversas áreas prioritarias han sido planteadas en esta iniciativa interagencial. Entre ellas, apoyar los esfuerzos tanto a nivel nacional como local; poner a disposición servicios de salud materna de calidad; aumentar la demanda de servicios de alta calidad, asequibles y accesibles; promover la construcción de alianzas, y asegurar el apoyo financiero y la sostenibilidad económica de la atención de salud materna.

En sintonía con los compromisos de la comunidad internacional con relación a la reducción de los altos índices de mortalidad materna, el Ministerio de Salud de la Nación decidió realizar un estudio diagnóstico sobre la situación de la mortalidad materna en la Argentina.

Situación global de la mortalidad materna

La OMS calcula que cada año se producen en el mundo cerca de 600.000 defunciones maternas. Esto equivale a casi una muerte por minuto. La inmensa mayoría de esas muertes ocurre en los países en desarrollo.

Entre los indicadores de salud utilizados internacionalmente, la mayor disparidad entre los países desarrollados y los países en desarrollo es la que se observa en las razones de mortalidad materna (RMM), mayor aún que la de la mortalidad infantil (Maine, 1999). Las tasas de mortalidad infantil (TMI) son en promedio 10 veces más altas en los países en vías de desarrollo que en los desarrollados. En contraste, las diferencias del riesgo acumulado de muerte materna son aún mayores: 1 en 16 para las mujeres de África subsahariana; 1 en 160 para las mujeres de América latina y el Caribe; mientras que este riesgo disminuye a 1 en 2.400 para las europeas y 1 en 3.500 para las mujeres de Estados Unidos y 1 en 7.700 para las mujeres de Canadá (WHO, 2000; WHO, 2004).

Además de las muertes maternas, ocurren más de 50 millones de casos de problemas relacionados con la salud materna anualmente. Por lo menos 300.000 millones de mujeres, más de un cuarto del total de la población femenina de los países en desarrollo, sufren enfermedades y lesiones de corto y largo plazo relacionadas con el embarazo y el parto. Por cada mujer que muere por complicaciones del embarazo, parto o posparto hay entre 30 y 100 mujeres que sufren alguna enfermedad por estos mismos motivos.

En América latina mueren anualmente 22.000 mujeres por causas maternas. La razón de mortalidad materna promedio en los países de América latina y el Caribe es de 19 por 10.000 NV. La región muestra grandes disparidades: Chile 1,9 por 10.000 frente a Perú 18,5 por 10.000; Bolivia 39 por 10.000 y Haití 52,3 por 10.000 (www.paho.org). Muchos de los países de la región replican en su interior estas disparidades. En Nicaragua conviven estados con RMM de 2,2 por 10.000 junto a otros con RMM de 52 por 10.000. En Brasil existen Unidades de Federación con RMM de 1,4 por 10.000 NV y otras con RMM de 8,4 por 10.000 NV (Ministerio da Saúde, 2001). En México, la RMM era de 5,3 por 10.000 NV, con estados como Tlaxcala con una RMM de 8,6 por 10.000 NV o Chiapas con 6,3 por 10.000 NV frente a otros estados, como Baja California y el Distrito Federal, con una RMM de 1,9 y 4,9 por 10.000 NV respectivamente (UNICEF, 2004). La Argentina, cuya RMM es de 4,3 por 10.000 NV, presenta provincias con RMM de 16, 6 por 10.000 NV, y otras con 1, 4 por 10.000 NV.

Actualmente, las mujeres de la región mueren por las mismas causas que morían al inicio del siglo XX las mujeres de los países desarrollados. Por cada mujer que muere por causas maternas, 135 sufren morbilidades maternas: prolapsos, fistulas, incontinenias y dispareunia (OPS/OMS, 2002).

La estructura de causas de la mortalidad materna en la región es la siguiente: hemorragia 24,8%; sepsis 14,4%; complicaciones de aborto 12,9%; hipertensión 12,9%; parto obstruido 6,9%; otras obstétricas directas 7,9% y causas obstétricas indirectas 19,8%. Tres países de la región tienen alrededor de 1/3 de muertes maternas debidas a complicaciones de abortos inseguros: Argentina, Jamaica y Trinidad Tobago (OPS, 2002).

Situación de la mortalidad materna en la Argentina

En esta publicación se exponen los resultados del estudio “Mortalidad materna en la Argentina: diagnóstico para la reorientación de las políticas y programas de salud”, realizado durante el período comprendido entre noviembre de 2002 y octubre de 2003, gracias a los apoyos de la CONAPRIS del Ministerio de Salud de la Nación, el Fondo de Población de Naciones Unidas y la Organización Panamericana de la Salud.

La coordinación estuvo a cargo del CEDES, una organización sin fines de lucro, de carácter multidisciplinario, cuyo objetivo es el estudio de los problemas sociales, políticos y económicos de la Argentina y de América latina. La investigación se orientó, en el marco de las políticas institucionales, a contribuir a la promoción de los derechos humanos, de la equidad social y de género, y contó con el aporte de funcionarios y profesionales de la salud que hicieron posible esta publicación.

El propósito de la investigación fue abordar en forma integral “el camino de la muerte materna” según Fathalla: desde la dinámica de los factores familiares, personales y comunitarios en el marco de los cuales ocurre el embarazo, pasando por la accesibilidad a los servicios de salud y la calidad de las prestaciones brindadas por el sistema de salud a la mujer embarazada y durante el período puerperal, hasta la modalidad de notificación, codificación y registro de las muertes maternas (Fathalla, 1987).

Los objetivos generales del estudio se plantearon en dos planos:

Un plano epidemiológico

- a) Realizar un diagnóstico de la situación de la mortalidad materna en seis provincias seleccionadas (Chaco, Formosa, Mendoza, San Juan, San Luis y Tucumán).
- b) Analizar la dinámica de los determinantes sociales (demanda) e institucionales (oferta) de las muertes maternas.
- c) Fortalecer las actividades del sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna de los ministerios de salud nacional y provinciales.

Un plano político

- d) Desarrollar las capacidades de investigación de los equipos locales.
- e) Formular recomendaciones para mejorar las políticas sanitarias y extrasectoriales en salud reproductiva orientadas a la reducción de la mortalidad materna.

Los objetivos específicos del estudio fueron los siguientes:

- Conocer la estructura de causas de las muertes maternas en las provincias seleccionadas.
- Estimar el nivel de subregistro de las muertes maternas en las provincias seleccionadas.
- Identificar los factores vinculados al proceso de atención en establecimientos asistenciales del subsector público que están asociados con las muertes maternas ocurridas en ese sector.
- Describir los factores socioculturales, familiares y personales que facilitan u obstaculizan el contacto oportuno de la mujer con los servicios de salud.
- Describir la percepción de la familias acerca de la historia de eventos y de la respuesta de los servicios de salud ante las circunstancias padecidas por la mujer antes de su fallecimiento.

Para cumplir con los objetivos propuestos, el proyecto se estructuró en cuatro componentes:

Componente I: “Revisión de Informes Estadísticos de Defunción e Historias Clínicas” (IED/HC): destinado a conocer la tipología de las muertes maternas (nivel de subregistro y estructura de causas).

Componente II: “Estudio Caso Control” (ECC): destinado a analizar los factores de los servicios de salud que pueden afectar las muertes maternas.

Componente III: “Autopsias verbales” (AV): destinado a conocer la historia familiar y social que precedió la muerte de la mujer.

Componente IV: “Indicadores de contexto” (IC): destinado a presentar un conjunto de indicadores sociodemográficos y sociosanitarios que contribuyan a dar un marco contextual al problema de la mortalidad materna en cada jurisdicción.

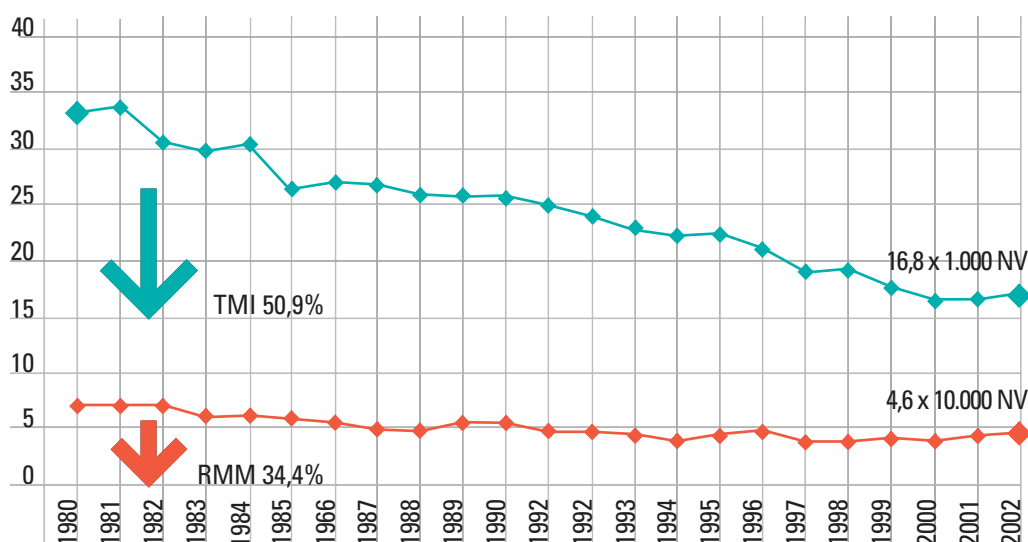
Cada uno de los cuatro componentes está reflejado en los diferentes capítulos de esta publicación; sin embargo, el lector puede consultar el documento original en el sitio web del CEDES¹ y en el del Ministerio de Salud de la Nación,² en el que se incluyen también todos los instrumentos utilizados en la investigación.

Resultados del estudio

Según un informe sobre la situación de la salud en el año 2003, los indicadores de salud en la Argentina mejoraron en los últimos veinte años (Ministerio de Salud y OPS, 2003), disminuyó la incidencia de muertes por enfermedades infectocontagiosas y aumentó la esperanza de vida de 65,4 a 68,4 años para los hombres, y de 72,1 a 75,6 para las mujeres (www.indec.mecon.gov.ar). La tasa de mortalidad infantil descendió de manera sostenida de 25,8 por mil nacidos vivos en 1985 a 16,3 por mil en el año 2001; y la RMM decreció en un 65,7% entre 1980 y 2002 (gráfico 1).

Gráfico 1

Evolución de la razón de mortalidad materna y de la tasa de mortalidad infantil. Argentina 1980-2002



Fuente: Sobre la base de datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación, 2002.

Si bien estos indicadores muestran una mejora en las condiciones de salud, su distribución no fue uniforme, ni en el tiempo ni en las diferentes regiones o grupos sociales.

¹ CEDES, www.cedes.org

² Ministerio de Salud de la Nación, www.msal.gov.ar

Mortalidad materna y desigualdades sociales

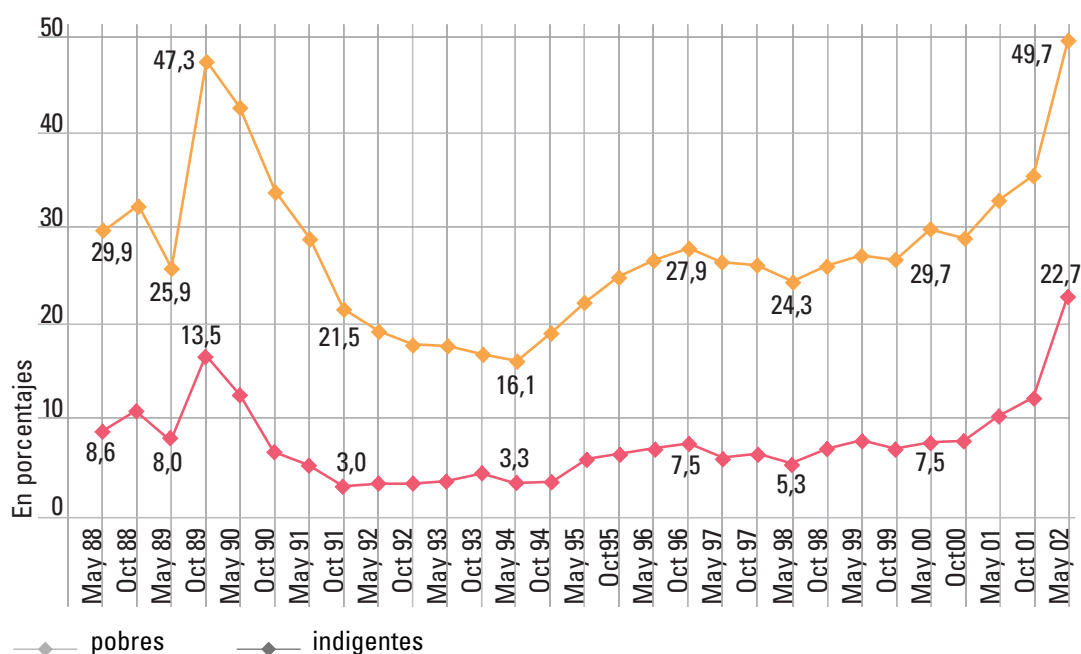
La relación entre pobreza y mala salud está demostrada. La misma relación se observa con la indigencia, el desempleo y la exclusión social. Cuando se considera la relación entre mortalidad o morbilidad y cualquier indicador socioeconómico (ingreso per cápita o nivel de empleo) se observa que los grupos de población con peores condiciones económicas, de vida y educativas, tienen peor estado de salud.

En 1980 la pobreza afectaba al 8,3% de la población, y la indigencia a menos del 2%. En 1989 se produjo una fuerte devaluación de la moneda local que, trasladada a los precios, culminó en los episodios hiperinflacionarios de 1989-1990 (Cimillo, 2002). El salario real había descendido ese año al piso más bajo y en sólo cinco meses la proporción de la población que estaba por debajo de la línea de pobreza pasó del 25,8 al 47,3%, y la que vivía en la indigencia creció del 8 al 16,5%.

Entre 1991-1994 se produjo un abaratamiento relativo de los alimentos básicos, que contribuyó junto con una recomposición del salario real, el débil aumento del empleo y la disminución de la desigualdad del ingreso, al alivio de la pobreza. En 1995, ocurrió la “crisis del tequila”, y en 1996 recrudescieron la pobreza y la indigencia. Entre 1997 y 1998, se produjo una importante recuperación de la economía, pero que no alcanzó para aliviar la pobreza y la indigencia de la población (gráfico 2).

Gráfico 2

**Incidencia de la pobreza y la indigencia en la población Gran Buenos Aires.
Octubre de 1988-mayo de 2002**



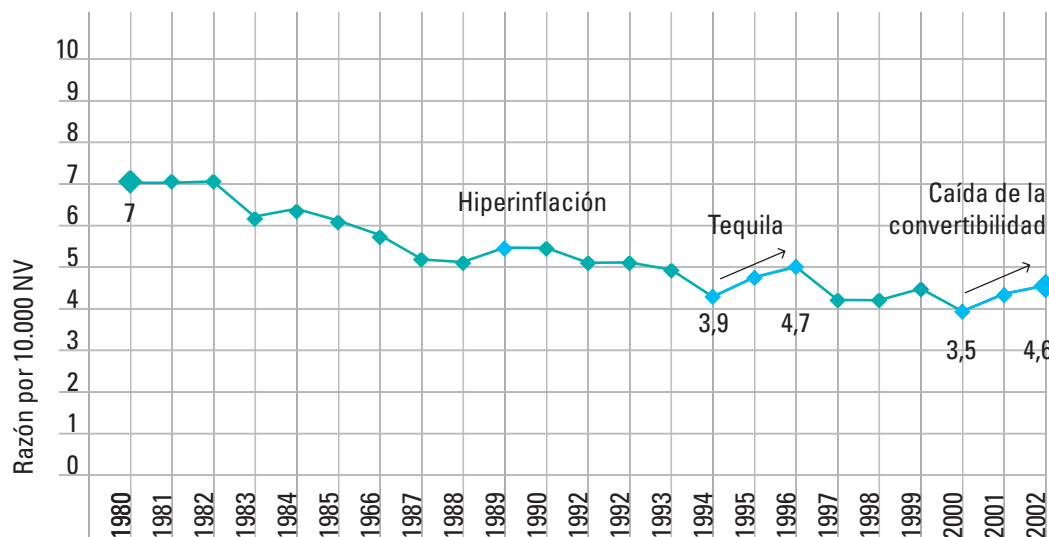
Fuente: SIEMPRO sobre la base de datos de la EPH, INDEC.

Desde 1998 las condiciones de vida de la población se deterioraron rápidamente, en concordancia con el aumento de la desocupación y con ello creció la pobreza, llegando a un nivel sin precedentes. Entre los meses de octubre de 1998 y 2002, la proporción de pobres creció del 25,9 al 58,5%, con diferencias según el aglomerado observado.

La disminución de la RMM presentó diferencias entre los tramos del período 1980-2002. Desde 1980 el descenso fue sostenido hasta el año 1994, cuando se produjo el 85% de la disminución de la RMM. A partir de ese año no sólo ésta se detuvo, sino que además mostró incrementos en los tramos 1994-1996 y 2000-2002. En el gráfico 3 se muestra el contexto económico y político antes citado, en los diferentes tramos temporales de la evolución de la RMM.

Gráfico 3

Evolución de la razón de la mortalidad materna. Argentina 1980-2002



Fuente: SIEMPRO, sobre la base de datos del Ministerio de Salud de la Nación.

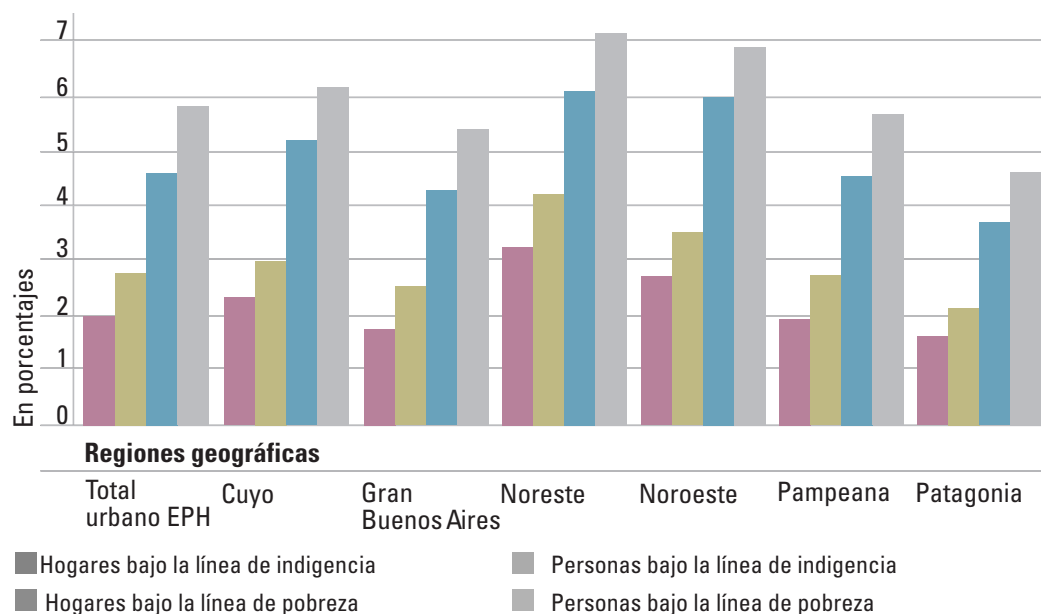
Como se observa en el gráfico 4, en las regiones del NEA, NOA y Cuyo se registraron proporciones de pobreza en hogares y en la población, superiores al promedio nacional.

Las provincias participantes del presente estudio de mortalidad materna, representaron a las regiones con mayores proporciones de pobreza del país. Estas regiones son NEA: Formosa y Chaco; NOA: Tucumán, y Cuyo: San Luis, Mendoza y San Juan.

En el estudio sobre la situación de salud en la Argentina 2003 antes citado se realizó la estratificación de las veinticuatro jurisdicciones del país, en cuatro grupos según su ingreso per cápita. El estrato 1 agrupó las jurisdicciones con mayor ingreso y el estrato 4 las de menor ingreso per cápita. El análisis de la mortalidad materna según estos estratos muestra las desigualdades existentes, siendo la razón entre la mortalidad materna de los estratos de mayor ingreso y los de menor ingreso de 5,3 (gráfico 5).

Gráfico 4

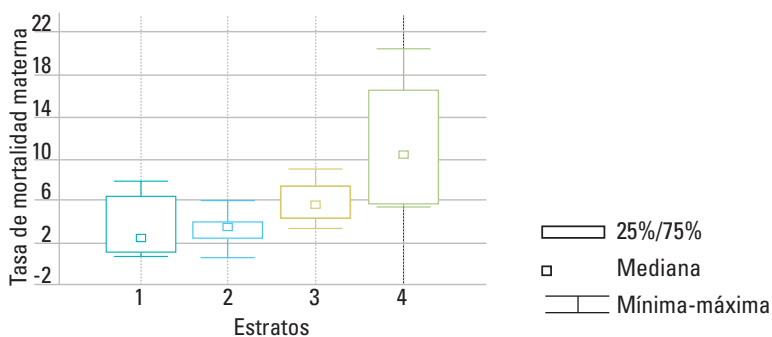
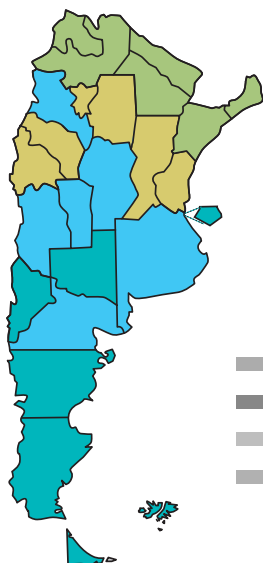
Proporción de pobreza e indigencia en hogares y personas, por regiones estadísticas y en total urbano. Octubre de 2002



Fuente: INDEC, EPH, octubre 2002.

Gráfico 5

Tasas medianas de mortalidad materna y estratos socioeconómicos de las jurisdicciones. 2001



- Estrato 1:** Buenos Aires, Chubut, La Pampa, Neuquén, Sta. Cruz, Tierra del Fuego
- Estrato 2:** Pcia. Buenos Aires, Catamarca, Córdoba, Mendoza, San Luis, Río Negro
- Estrato 3:** La Rioja, Santa Fe, Entre Ríos, Tucumán, San Juan, Santiago del Estero
- Estrato 4:** Corrientes, Chaco, Formosa, Jujuy, Misiones, Salta

Fuente: "Situación de Salud en Argentina", Ministerio de Salud-OPS, 2003.

Como se indicó más arriba, la RMM decreció en la Argentina un 65% entre 1980 y 2002. Sin embargo, la situación es dispar según la jurisdicción.

En el año 2002, las desigualdades entre las jurisdicciones se siguen observando, con razones de mortalidad materna de 1,4 por 10.000 NV en la ciudad de Buenos Aires a 16,6 por 10.000 NV en Formosa (tabla 1).

Tabla 1

Razón de mortalidad materna por 10.000 nacidos vivos, según provincias seleccionadas y la Argentina. Año 2002

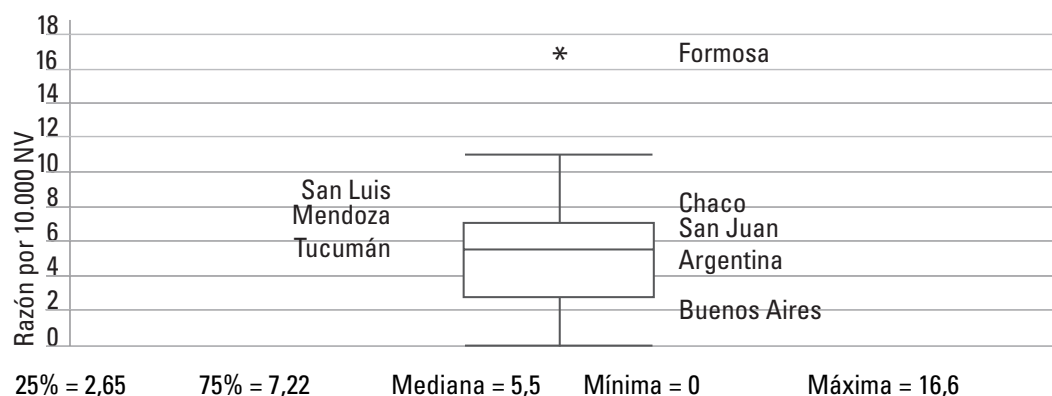
Jurisdicción	Nº muertes	Razón	Nacidos vivos
GCBA	6	1,4	41.509
Argentina	320	4,6	694.684
Tucumán	16	5,3	29.921
San Juan	8	6,1	13.070
Mendoza	20	7,2	27.804
Chaco	19	7,8	24.215
San Luis	7	8,4	8.365
Formosa	22	16,6	13.273

Fuente: CEDES, sobre la base de datos de *Estadísticas Vitales*, año 2002, Ministerio de Salud de la Nación.

Todas las provincias participantes del estudio tuvieron razones de mortalidad materna superiores al promedio nacional. La RMM de Formosa es la más alta del grupo y del país (gráfico 6).

Gráfico 6

Razón de mortalidad materna en veinticuatro jurisdicciones. Argentina 2002



Fuente: CEDES, sobre base de datos de *Estadísticas Vitales*, año 2002, Ministerio de Salud de la Nación.

Evolución de la razón de mortalidad materna en las provincias estudiadas

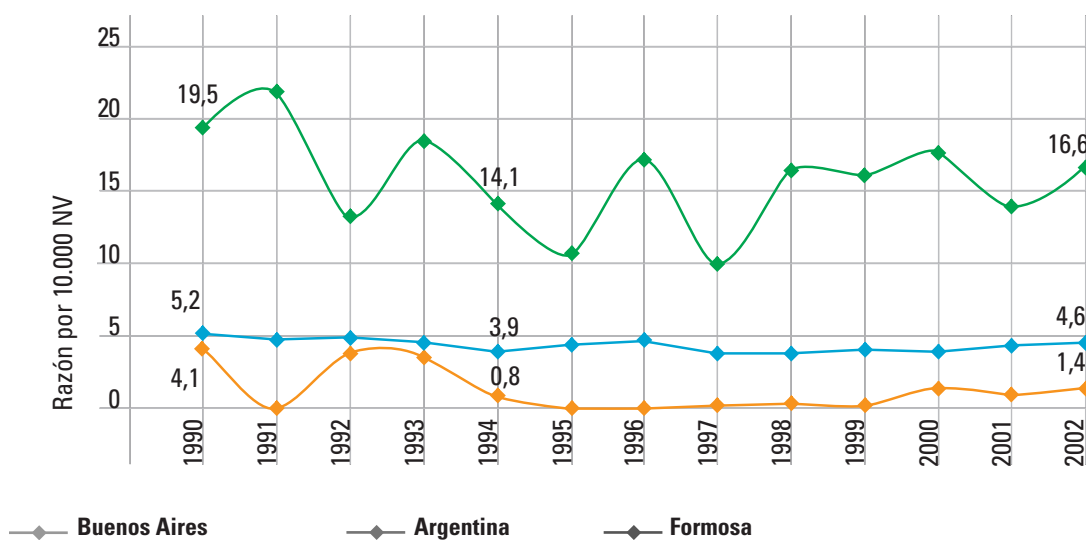
A continuación se presenta el comportamiento de la RMM para las jurisdicciones del estudio y su comportamiento con relación a la razón nacional y a la de la ciudad de Buenos Aires (jurisdicción con el nivel más bajo).

Formosa

En el período 1990-2002 la RMM descendió el 15% (de 19,5 x 10.000 NV a 16,6 x 10.000 NV). La razón entre la RMM de Formosa y la del país se mantuvo prácticamente en el mismo nivel. Sin embargo, la razón entre la RMM de Formosa y la de la ciudad de Buenos Aires aumentó más del 250% (gráfico 7).

Gráfico 7

Razón de razones entre provincias para los años 1990 y 2002

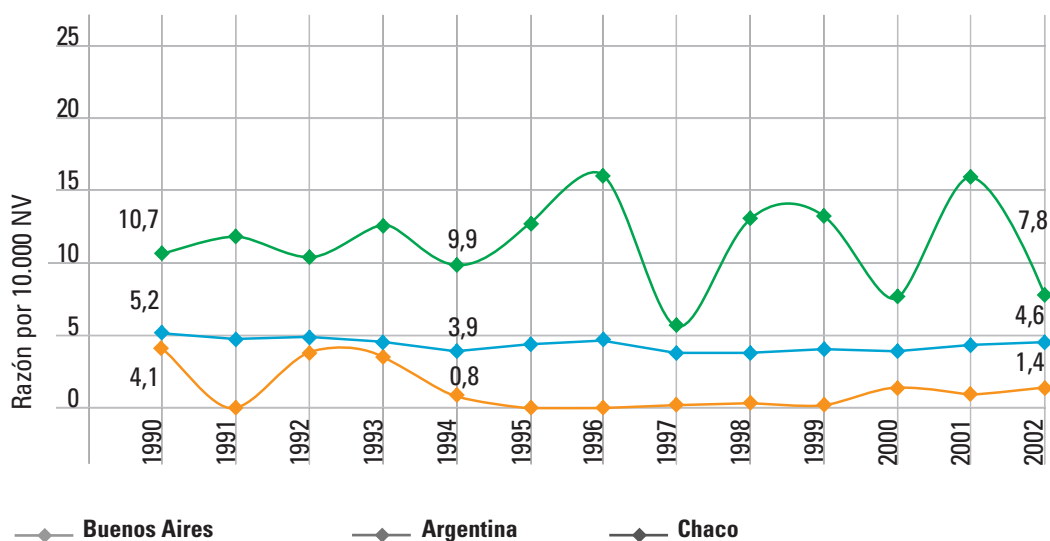


Fuente: CEDES, sobre la base de *Estadísticas Vitales*, Ministerio de Salud de la Nación.

Chaco

En el período 1990-2002, la RMM del Chaco descendió el 27%. La razón entre la RMM del Chaco y la del país se redujo levemente (20%). Sin embargo, la razón entre la RMM del Chaco y la de la ciudad de Buenos Aires aumentó poco más del 100% en el mismo período (gráfico 8).

Gráfico 8

Razón de razones entre provincias para los años 1990 y 2002

Fuente: CEDES, sobre la base de *Estadísticas Vitales*, Ministerio de Salud de la Nación.

Tucumán

En el período 1990-2002, la RMM de Tucumán aumentó el 30%. La RMM de Tucumán pasó de ser menor que la del país a inicios de la década para llegar a ser 1,15 veces en 2002. Sin embargo, en el mismo período, la razón entre la RMM de Tucumán y la de la ciudad de Buenos Aires aumentó el 380% (gráfico 9).

San Juan

En el período 1990-2002, la RMM de San Juan descendió el 38%. La razón entre la RMM de San Juan y la del país se redujo el 32%. Sin embargo, la razón entre la RMM de San Juan y la de la ciudad de Buenos Aires prácticamente se duplicó en el mismo período (gráfico 10).

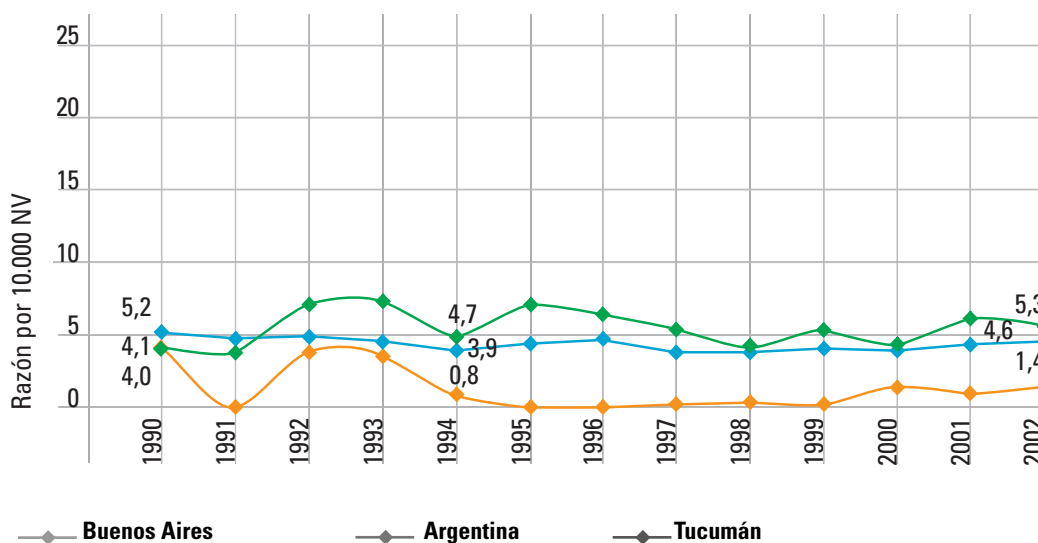
San Luis

La RMM de San Luis pasó de ser menor que la del país a inicios de la década para llegar a ser 1,8 veces más en 2002. Sin embargo, la razón entre la RMM de San Luis y la de la ciudad de Buenos Aires aumentó poco más del 400% en el mismo período (gráfico 11).

Mendoza

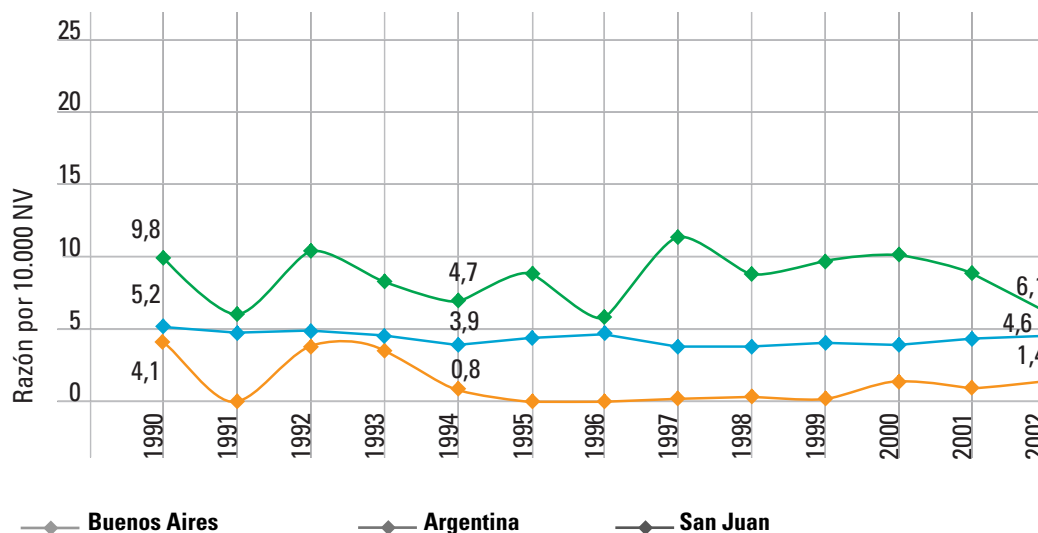
En el período 1990-2002, la RMM de Mendoza aumentó el 13%. La razón entre la RMM de Mendoza y la del país aumentó el 20%. Sin embargo, la razón entre la RMM de Mendoza y la de la ciudad de Buenos Aires se triplicó en el mismo período (gráfico 12).

Gráfico 9

Razón de razones entre provincias para los años 1990 y 2002

Fuente: CEDES, sobre la base de *Estadísticas Vitales*, Ministerio de Salud de la Nación.

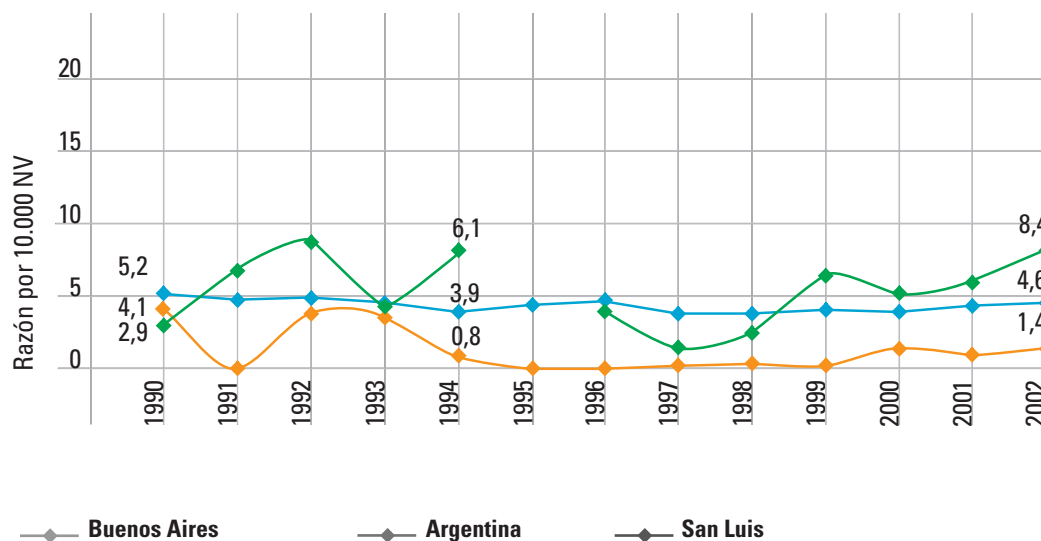
Gráfico 10

Razón de razones entre provincias para los años 1990 y 2002

Fuente: CEDES, sobre la base de *Estadísticas Vitales*, Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 11

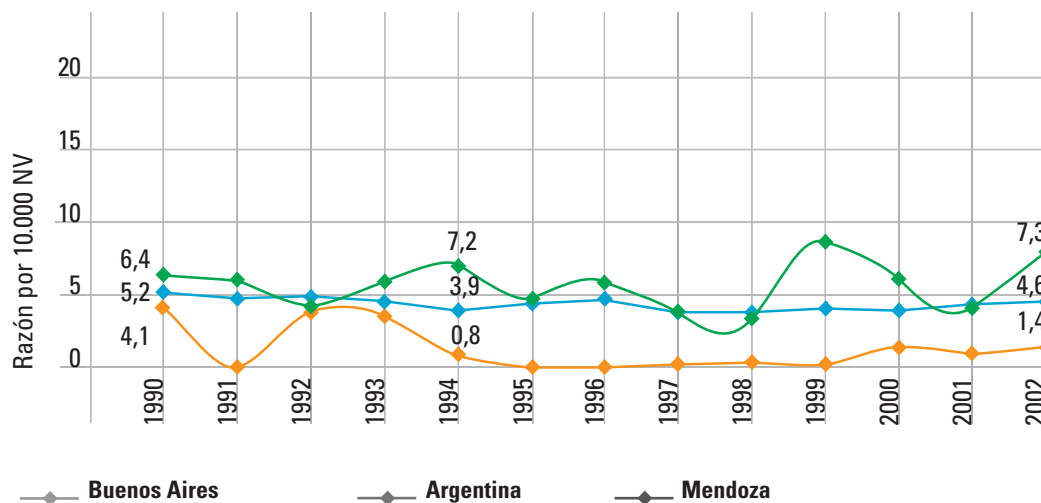
Razón de razones entre provincias para los años 1990 y 2002



Fuente: CEDES, sobre la base de *Estadísticas Vitales*, Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 12

Razón de razones entre provincias para los años 1990 y 2002



Fuente: CEDES, sobre la base de *Estadísticas Vitales*, Ministerio de Salud de la Nación.

Mortalidad materna: derechos humanos, injusticia social y equidad sanitaria

Antecedentes

En la conferencia inaugural del X Congreso Mundial de la Sociedad Internacional de Ginecología y Obstetricia Psicosomática (ISPOG), el Dr. Mahamoud Fathalla afirmó que “las mujeres mueren dando a luz porque las sociedades no consideran que sus vidas valen el costo necesario para salvarlas. La esclavitud de las mujeres hacia su rol reproductivo y doméstico es responsable por la forma en que la sociedad subestima su valor” (Fathalla, 1992). La reflexión del Dr. Fathalla inspira las bases de este capítulo que identifica las muertes maternas como una violación de los derechos humanos de las mujeres y expresión inequívoca de las desventajas económicas, sociales y culturales que padecen en nuestra sociedad.

En efecto, detrás de cada muerte materna se esconde una tragedia personal que puede ser entendida de diversas maneras. Se la puede definir como un evento biológico en el que intervienen múltiples factores sociales, económicos y sanitarios. Por ejemplo, las dificultades de la mujer y su familia para identificar signos de alarma, la falta de capacidad de respuesta de la comunidad a la situación de emergencia y las deficiencias en la capacidad resolutive del sistema de salud transforman la muerte materna en una injusticia social de enormes proporciones.

Tal vez uno de los aportes más trascendentales de Fathalla es la descripción de todas las discriminaciones que están en juego en el “largo camino de la muerte materna”. Es el título de un relato verídico del viaje de una mujer de treinta y nueve años hacia su muerte por causas maternas, en el que se destacan la necesidad de intervenciones preventivas, como la nutrición o planificación familiar, a modo de pasos esenciales en un camino hacia la garantía de una maternidad segura (Fathalla, 1987). Al analizar con mayor precisión lo que hay detrás de las muertes maternas se evidencia toda clase de privaciones que afectan la dignidad humana. No sólo la vida y la salud de las mujeres están devaluadas: en cada muerte materna se conjugan discriminaciones y desequilibrios de poder entre géneros, etnias, clases sociales y grupos de edad tanto dentro de los hogares como en la comunidad y la sociedad en su conjunto.

Mortalidad materna y derechos humanos

La mortalidad materna es la expresión extrema de la negación de derechos que emerge como la punta de un iceberg. No se trata sólo de la violación de estándares internacionales reconocidos y acordados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en otros tratados interna-

cionales, como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer - CEDAW (1979), la Convención Americana de Derechos Humanos (1969), y el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Se trata también de violaciones al mandato constitucional, dado que estos tratados forman parte de la Constitución de la Argentina desde su reforma en 1994.

La mayoría de los países de América latina y el Caribe tiene normas que protegen ampliamente la maternidad, la Argentina no es una excepción. Con frecuencia esas disposiciones no se cumplen plenamente, es decir que existen derechos reconocidos para las mujeres durante el embarazo, el parto y la crianza de los hijos cuyo ejercicio no está garantizado en forma plena. Resulta paradójico que muchas mujeres se vean obligadas a llevar adelante un embarazo y luego no se las proteja socialmente para poder criar al hijo en buenas condiciones. Para que este derecho sea efectivamente ejercido por las mujeres se necesitan servicios sociales de apoyo.

Varios derechos están vulnerados en cada muerte materna (Cook *et al.*, 2001). En primer lugar, el derecho a la vida, la libertad y la seguridad de la persona. Este derecho es violado cuando se produce una muerte evitable, pero también cuando el riesgo de morir se incrementa sin necesidad y se convierte además en un hecho constante. En este sentido, la mortalidad materna es una realidad que desafía el derecho a la vida y la seguridad de muchas mujeres, en su amplia mayoría mujeres pobres, jóvenes y de áreas rurales y periurbanas.

En segundo lugar, el derecho a conformar una familia y a poder disfrutar de la vida familiar. La mortalidad materna trunca el desarrollo de la vida familiar y pone en riesgo físico y psíquico a sus miembros, en particular a los hijos e hijas que quedan huérfanos.

En tercer lugar, el derecho a la salud y a los beneficios del progreso científico. El desarrollo tecnológico ha puesto a disposición los medios para salvar las vidas de mujeres que sufren complicaciones de un embarazo, parto o puerperio. Sin embargo, el acceso a los beneficios de los avances tecnológicos se ve inhibido por un lado, por las deficiencias en la organización de los servicios de salud y la baja calificación de su personal. Por otro lado, la desinformación, tanto de las mujeres como de sus familias, junto con las barreras geográficas, económicas y culturales para el acceso a los servicios de salud, constituye también obstáculos para la utilización de estos avances. Para ejercer este derecho las mujeres deben tener acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad técnica y humana, que incluyan la educación sexual, la asistencia anticonceptiva, el tratamiento de las emergencias obstétricas y el manejo oportuno y de calidad de las complicaciones del aborto inseguro, estrategias cuya eficacia para mejorar la salud y preservar la vida de las mujeres está ampliamente reconocida.

Por último, el derecho a la igualdad y la no discriminación. El status social disminuido así como las desventajas de muchas mujeres en cuanto al menor acceso a la educación formal, oportunidades laborales y poder de decisión tanto dentro como fuera del hogar, y en particular, su menor autonomía en las decisiones acerca de la vida sexual y la reproducción conforman el escenario oculto de las muertes maternas. La pobreza y la condición étnica acentúan estas discriminaciones, que con frecuencia se expresan con mayor fuerza en las mujeres muy jóvenes. Para ejercer este derecho las mujeres deben disponer de servicios (como educación para la salud

y su atención) sin obstáculos de ningún tipo relacionados con su edad, estado civil, etnia o sector social, y deben contar con el debido respeto a su autonomía en cuanto a las decisiones reproductivas, tanto dentro como fuera del hogar.

Injusticia social

Las muertes maternas son asimismo una expresión inequívoca de las desventajas económicas, sociales y culturales que padecen las mujeres. La muerte de una mujer durante el embarazo o el parto es no sólo un problema de salud, sino también una cuestión de injusticia social.

La magnitud de la mortalidad materna puede considerarse un indicador de la desventaja social de las mujeres, y sus determinantes y diferenciales pueden ser entendidos como una expresión de los desequilibrios en la distribución de los riesgos de enfermar y morir relacionados con la capacidad reproductiva de las mujeres. Como parte de esos desequilibrios, la división sexual del trabajo dispone que las tareas a cargo de las mujeres sean frecuentemente peor remuneradas. Al mismo tiempo, la doble jornada laboral (el trabajo fuera de hogar para ganar un sustento y el trabajo dentro del hogar para asistir las necesidades de alimentación, higiene y crianza de los hijos) suele exponerlas a muchas horas de esfuerzo, comprometiendo así su salud física y psíquica, y creando obstáculos para que puedan cuidar y atender su salud en forma apropiada y oportuna (Center for Population and Family Health, 1992).

Todos estos factores culturales y sociales contribuyen a reproducir situaciones de desigualdad y discriminación hacia las mujeres e influyen de manera más o menos directa sobre los niveles y los determinantes de las muertes maternas. Como señalan Royston y Armstrong (1989, pág. 45), “La mortalidad materna no debe ser considerada como un evento casual sino el desenlace de una enfermedad crónica que se desarrolla durante un largo período, dado que el resultado de un embarazo está profundamente influido por las circunstancias de la vida de una mujer”.

En los países desarrollados, la razón de mortalidad materna ha registrado una enorme disminución en los últimos cincuenta años. La reducción observada en estas sociedades no obedece sólo al mayor acceso a los cuidados obstétricos de calidad. La posibilidad de las mujeres de alcanzar una maternidad segura fue resultado de diversas condiciones sociales, entre las cuales el mejoramiento de la nutrición, el desarrollo de las condiciones habitacionales y de trabajo, el acceso a métodos efectivos y seguros de regulación de la fecundidad, el acceso tanto a cuidados prenatales como a servicios de atención del parto y de interrupción voluntaria del embarazo de buena calidad, fueron cruciales (Ravindran y Berer, 1999). En estas sociedades, donde las mujeres tienen mejores condiciones de vida, mayor participación social y disfrutan de un reconocimiento más amplio de sus derechos humanos, la mortalidad materna es prácticamente inexistente.

Los factores que contribuyen a las muertes maternas son múltiples y pueden enfocarse desde dos ángulos: el de la etiología clínica y el de los condicionantes sociales y culturales que exponen a algunas mujeres más que a otras. Toda mujer embarazada está expuesta a riesgos que pueden poner en peligro su vida y que requieren atención médica inmediata. Las diferencias no están sólo dadas por el riesgo de tener una complicación, sino por las oportunidades y posibilidades

de tratamiento oportuno y eficaz para resolverla. Estas oportunidades diferentes se expresan en problemas de accesibilidad a los servicios de salud, atención inadecuada de los embarazos y partos, barreras para el acceso a métodos anticonceptivos eficaces, a lo que se suman en la mayoría de los casos, los obstáculos para poder realizar un aborto en condiciones seguras.

Equidad sanitaria

La accesibilidad a los servicios de salud no implica solamente su existencia y que su ubicación sea geográfica y económicamente alcanzable, sino también, que las mujeres, sus familias y la comunidad dispongan de la información necesaria para utilizarlos en forma apropiada, que los insumos y el equipamiento técnico así como el personal de salud sean suficientes, y que las prácticas ofrecidas se adecuen al contexto cultural de las mujeres y sus familias.

La posibilidad de recibir atención médica oportuna está afectada por varios factores (Maine, 1997). Por un lado, para que las mujeres utilicen los recursos médicos disponibles, necesitan saber cuándo, dónde y por qué deben solicitar ayuda. La percepción e interpretación de las mujeres sobre las necesidades y riesgos asociados al embarazo (como la percepción de que el embarazo es un hecho “natural” que no requiere atención especial), el conflicto psicosocial entre algunas características de la atención dispensada en los servicios de salud (como la imposición de ciertos procedimientos médicos y tecnológicos), así como las necesidades y expectativas de las mujeres, se interponen al acceso oportuno a los servicios. A esto hay que agregar las dificultades que enfrentan las mujeres para organizar las tareas cotidianas del hogar sin su presencia y poder concurrir a los servicios de salud.

Por otro lado, cuando las mujeres perciben la gravedad de cierto estado, sensación o síntoma y están dispuestas a actuar, solas o acompañadas, pueden verse ante la imposibilidad física de llegar a tiempo a los servicios de salud. Los problemas relacionados con la distancia geográfica, la disponibilidad de transporte, y la falta de recursos económicos para costear el viaje, entre otros, atentan contra la posibilidad de que la mujer se desplace desde su comunidad al servicio de salud en tiempo y forma.

Además, la poca empatía y calidez que suelen tener los servicios de salud, así como la escasa sensibilidad hacia las necesidades y expectativas de las mujeres constituyen obstáculos para una consulta oportuna. El ambiente poco familiar del servicio de salud, en el cual las mujeres son asistidas por “extraños”, que no preservan su intimidad y no permiten que familiares o amigos estén presentes, así como la escasa tolerancia a algunas prácticas culturales relativas al parto, como la ingestión de ciertos alimentos y otros rituales, son limitaciones que no deben ser desestimadas.

Por último, una de las principales causas de las muertes maternas son las complicaciones de abortos realizados en condiciones riesgosas. En este caso, a los obstáculos mencionados en el camino desde el hogar hasta el servicio de salud se suman la clandestinidad legal, social y algunas veces familiar en la que las mujeres realizan sus abortos. Las mujeres pobres sólo cuentan con atención médica cuando, frente a una complicación, acuden a los servicios de salud públicos. Se sabe que los riesgos del aborto se asocian al método utilizado, a la competencia técnica de quien

lo realiza, al momento del embarazo en que se lo efectúa, al estado de salud de la embarazada, y a la disponibilidad y calidad de los cuidados médicos dispensados.

Además de las consecuencias físicas y psicológicas que el aborto clandestino tiene sobre las mujeres, y de la violación de la autonomía que significa tener que realizarlo ilegalmente, en estas condiciones el aborto compromete considerables recursos de los servicios de salud públicos. Se calcula que en la Argentina, entre el 20 y el 40% de las camas de los servicios de ginecología y obstetricia son ocupadas por mujeres que sufren las complicaciones de abortos mal realizados, situación que comporta altos costos económicos para los servicios y costos sociales para las familias.

Una oportunidad para actuar

La situación de la mortalidad materna debe ser evaluada desde tres perspectivas: los derechos humanos, la equidad social y la salud pública. Las oportunidades de alcanzar un nivel satisfactorio de salud reproductiva, así como de ejercer los derechos sexuales y reproductivos libres de coerción, violencia y discriminación, están estrechamente ligadas a las condiciones de vida, a un clima cultural respetuoso de la equidad de género y a la diversidad de valores éticos propios de una sociedad democrática. También están condicionadas por la implementación de políticas públicas eficaces orientadas a reducir las brechas de género, sociales y sanitarias en el acceso a información y servicios de salud reproductiva (Ramos y Gutiérrez, 2002).

La Argentina se encuentra actualmente transitando un cambio importante en la orientación de sus políticas públicas, no sólo por la reciente sanción de la Ley y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, y las leyes y programas provinciales similares, sino también por la mayor visibilidad tanto social como política de la salud y los derechos reproductivos (Área de Salud, Economía y Sociedad, CEDES, 2003). Este nuevo escenario constituye una oportunidad invalorable para actuar.

Mirar el problema de las muertes maternas a través de la lente de los derechos humanos nos permite colocar la dignidad humana como un valor central, identificar la cadena de derechos negados en cada una de estas muertes y conectar el conocimiento que tenemos acerca de sus causas y consecuencias con la actitud proactiva que se debe tener frente a esta situación. Esto último es sin duda un desafío tanto individual como colectivo que puede ser formulado como una pregunta que sin duda no es ingenua: dado todo lo que sabemos acerca de la mortalidad materna, ¿tenemos una obligación moral, ética y legal de actuar en una forma que derive directamente y resulte consecuente con lo que sabemos?

Mortalidad materna: magnitud de un grave problema sanitario

Antecedentes

La mortalidad materna es un indicador directo que refleja múltiples dimensiones del estado de salud de una población y que indirectamente describe las condiciones sociales, económicas y culturales que actúan en una comunidad. La mayoría de las mujeres que mueren por causas asociadas a la maternidad son las más pobres, con menor nivel educativo, alta fecundidad y dificultades en el acceso a los servicios de salud. Múltiples estudios dan cuenta de la magnitud de este problema en la región y, como se señaló en la introducción de esta publicación, los acuerdos interagenciales y nuestro gobierno han definido como una prioridad la reducción de las muertes maternas.

Para poder monitorear los avances en estos acuerdos es imprescindible contar con una línea de base, libre de la mayor cantidad posible de sesgos que afectan los registros de las muertes maternas y lo mejor caracterizada posible. A través de un estudio retrospectivo y basado en los informes estadísticos de defunción e historias clínicas, se caracterizaron las muertes de las mujeres en edad fértil (10 a 49 años) y las muertes maternas en seis provincias de la Argentina. Los objetivos fueron conocer la estructura de causas y variables demográficas, así como también el nivel de subregistro (subnotificación) de defunciones maternas y de muertes maternas tardías.

Síntesis metodológica

Un estudio de corte transversal, la revisión de los informes estadísticos de defunción de mujeres en edad reproductiva (10 a 49 años de edad) y de las historias clínicas correspondientes, la evaluación del subregistro y la reclasificación de la causa de muerte fueron las estrategias utilizadas por cada equipo provincial. El período estuvo comprendido entre el 1º de enero y el 31 de diciembre de 2002. Los aspectos relacionados con el secreto estadístico fueron cuidadosamente preservados. También se contactaron todos los establecimientos de la provincia en los cuales se produjo una muerte materna a fin de recolectar las respectivas historias clínicas.

Universo del estudio. Criterios de inclusión y exclusión

Para la revisión de los informes estadísticos de defunción se consideraron todas las muertes de mujeres según la definición del universo del estudio. Se incluyeron las muertes ocurridas en establecimientos de salud públicos, privados y de la seguridad social y también las muertes do-

miciliarias o en trayecto (muertes extrainstitucionales), las cuales a su vez fueron desagregadas por causa y edad.

El apareamiento de los informes estadísticos de defunción con las historias clínicas sólo fue posible para las muertes institucionales (públicas, privadas y de la seguridad social), dado que en estos casos se contaba con las historias clínicas. En el caso de las muertes extrainstitucionales la información se circunscribió exclusivamente a la provista por el informe estadístico de defunción.

Proceso de relevamiento de información

A partir de los informes estadísticos de defunción recolectados se conformaron tres grandes grupos:

- « **MMC1** (muertes maternas confirmadas 1): defunciones de mujeres en edad fértil cuya causa de muerte establecida en el informe estadístico de defunción era una causa materna y que incluía las siguientes categorías de la CIE 10 (OPS, 1995): defunciones maternas y muertes maternas tardías.
- « **MMP** (muertes maternas probables): defunciones de mujeres en edad fértil cuya causa de muerte establecida en el informe estadístico de defunción ameritaba una revisión del caso a través del análisis de la historia clínica para verificar la existencia de un embarazo (causa directa o indirecta de la muerte). Para este propósito se utilizó un listado de las causas posibles relacionadas fundamentalmente con complicaciones posaborto a partir de la CIE 10, elaborado por el equipo coordinador como una orientación en la pesquisa de casos potenciales de muertes maternas a partir de los informes estadísticos de defunción.

El listado incluía las siguientes patologías:

- « Shock anestésico.
- « Cardiovasculares (shock, colapso circulatorio, hipertensión).
- « Hematológicas (coagulación intravascular diseminada, anemia, hemorragia).
- « Metabólicas (desequilibrio electrolítico).
- « Pulmonares (embolia, insuficiencia respiratoria).
- « Renales (insuficiencia renal aguda, uremia, oliguria).
- « Obstétricas/ginecológicas (infección genital-pelviana, enfermedad inflamatoria pelviana, aborto, endometritis, toxemia).
- « Muertes violentas (suicidio/homicidio).

-
- ❖ **No MM** (no muertes maternas): defunciones de mujeres en edad fértil en cuya causa certificada en el informe estadístico de defunción se excluía claramente el embarazo como factor asociado o determinante.
-

A partir de los informes estadísticos de defunción cada equipo provincial realizó la búsqueda exhaustiva de las historias clínicas correspondientes en los establecimientos de salud en los que se produjo el deceso de la mujer, para su apareamiento y posterior confirmación o reclasificación de la causa de muerte.

Luego del cotejo con las historias clínicas, los informes estadísticos de defunción fueron nuevamente clasificados en dos grupos finales:

-
- ❖ **MMC2** (muertes maternas confirmadas 2): son todas las muertes maternas que se confirmaron luego del proceso de reclasificación. Incluyen las defunciones maternas y las defunciones maternas tardías.
-
- ❖ **NoMM2** (no muertes maternas 2): son todas las muertes de mujeres en edad fértil que no correspondían a muertes maternas (no muertes maternas, muertes maternas probables reclasificadas como No MM).
-

Para este procedimiento, los responsables de la revisión de los informes estadísticos de defunción y de las historias clínicas debieron contar con la formación necesaria que permitiera analizar apropiadamente la información. Para ello, contaron con el apoyo de un tocoginecólogo y de una persona experta en codificación de causas de muerte de la Dirección de Estadísticas de la provincia. Cada equipo provincial contó, además, con una instancia de supervisión en terreno a cargo del equipo coordinador.

Principales hallazgos

Sobre las muertes de mujeres en edad reproductiva

Durante el año 2002 fallecieron 1.516 mujeres de entre 10 y 49 años en las seis provincias participantes. Del total de muertes, 1.051 (69,3%) se produjeron en establecimientos asistenciales (hospitales, clínicas y sanatorios), mientras que las 465 restantes (30,7%) ocurrieron fuera del ámbito asistencial (domicilio, vía pública, trayecto u otros). De las muertes no institucionales, las muertes domiciliarias representaron la mayor proporción (72,9%), con una variación interprovincial que osciló entre el 83 y 65%.

Con relación a las muertes institucionales, la mayoría ocurrió en efectores del subsector público, en coherencia con el peso relativo de este subsector prestador en la provisión de servicios de

salud en las provincias participantes. La proporción de muertes en el subsector público fue del 75%, mientras que en el subsector privado/seguridad social fue del 25%.

De las muertes no institucionales domiciliarias, el 15,3% de las mujeres de 10 a 49 años fallecidas durante el año 2002 eran adolescentes ($n = 52$), el 28,6% ($n = 97$) eran adultas jóvenes (20 a 34 años), mientras que el mayor peso relativo sobre el total de muertes de mujeres en edad fértil correspondió a las mayores de 35 años, el 53,7% ($n = 182$), y en ocho casos no se contó con información. En las muertes no institucionales domiciliarias, el peso de las causas externas fue, en orden decreciente: accidente, el 22,1%; suicidio, el 9,1%; homicidio, el 6,8%, y otras causas, el 62%.

Sobre las muertes maternas confirmadas

En el primer análisis de los informes estadísticos de defunción se detectaron 108 muertes maternas confirmadas (MMC1). De ellas, casi el 80% ($n = 86$) correspondió a defunciones maternas, mientras que el 20% restante ($n = 22$) fueron muertes maternas tardías. La información sobre muertes maternas tardías es un componente innovador para el análisis de las muertes maternas. Si bien las muertes maternas tardías han sido recientemente incorporadas a las estadísticas vitales (sin incorporarse para el cálculo de la tasa de mortalidad materna), es una dimensión poco conocida que irá adquiriendo mayor visibilidad en el futuro, en la medida que sea reconocida como entidad nosológica.

El número de muertes maternas confirmadas luego de la reclasificación realizada por los equipos provinciales y el equipo coordinador ascendió a 121 casos (MMC2). La reclasificación permitió detectar dieciséis casos nuevos. Después de la reclasificación, la relación entre defunciones maternas y muertes maternas tardías se mantuvo (4:1).

El subregistro (subnotificación) de las muertes maternas confirmadas

El problema del subregistro de las muertes maternas ha sido motivo de preocupación y debate. En estudios anteriores realizados en el país se estimó un subregistro del 53,3% (Ministerio de Salud y Acción Social, 1985 y 1989; Cortigiani *et al.*, 1986). En la Argentina, las muertes son registradas y el problema se circunscribe a la calidad de la notificación: las muertes son contabilizadas pero la notificación no siempre hace referencia al proceso reproductivo en el caso de que éste tuviera relación con la muerte.

Con la reclasificación se detectaron 9 defunciones maternas y 4 muertes maternas tardías adicionales. Esto implicó que el Subregistro I (de las defunciones maternas) fuera del 9,5%, el Subregistro II (de las muertes tardías) del 15,4%, y el Subregistro III (incluye ambos tipos de muertes, defunciones maternas y muertes tardías) del 10,8%.

Las diferencias en los niveles de subregistro de cada provincia están condicionadas por múltiples factores; a modo de ejemplo, el escaso número de eventos podría condicionar una mejor calidad de análisis de cada caso y en consecuencia, de su notificación. La provincia de Formosa cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica de muertes maternas y de muertes infantiles (NACYDEF) que incorpora una estrategia para la identificación y el análisis de las muertes

similar a la utilizada en este estudio. Por lo tanto, los hallazgos para esa provincia no reflejan necesariamente la capacidad de la propuesta para pesquisar eventos no notificados, sino que contribuyen, en cierta medida, a validar el sistema de vigilancia que existe en la provincia.

En otros casos, como Tucumán, se detectó una sobrenotificación de muertes maternas. En esta provincia, ciertos casos originalmente clasificados como defunciones maternas o muertes maternas tardías, dejaron de serlo como consecuencia del proceso de reclasificación. Este mismo fenómeno se observó en San Juan, donde hubo un “exceso” de notificación. La existencia de elementos de juicio que hacían altamente sospechosa la presencia de una muerte materna y el análisis crítico realizado ex-post por los integrantes del proyecto hicieron que esta información fuera reconsiderada y finalmente reclasificada.

¿Dónde ocurrieron las muertes maternas?

A diferencia de lo que sucede con las muertes de mujeres en edad reproductiva, las muertes maternas ocurrieron en una mayor proporción en efectores de salud (el 69,3% frente al 85,1% respectivamente). Tanto las muertes de mujeres en edad reproductiva como la mayoría de las muertes maternas ocurrieron en el subsector público.

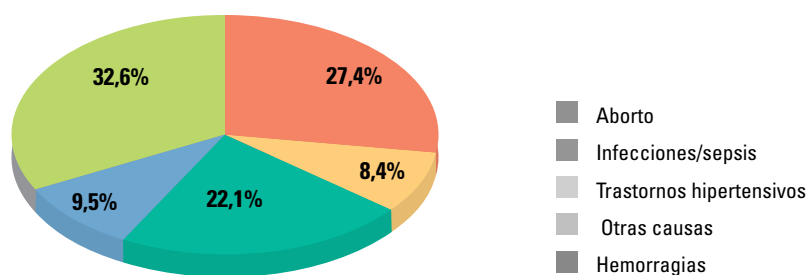
No existieron diferencias en cuanto a la proporción de defunciones maternas y de muertes maternas tardías según subsector (público o seguridad social y privado) en el que ocurrieron. La distribución de defunciones maternas y de muertes maternas tardías fue similar en ambos subsectores (el 78,2% frente al 75,0% y el 21,8% frente al 25,0%, respectivamente).

¿Cuál fue la estructura de causas para las muertes maternas?

La participación de las principales causas obstétricas directas en las muertes maternas mostró el aborto en primer lugar (27,4%), con un rango que fue del 21% (Tucumán) al 35% (Mendoza). Las hemorragias ocuparon el segundo lugar (22,1%), las infecciones/sepsis el tercer lugar (9,5%), y en cuarto lugar se ubicaron los trastornos hipertensivos que complican el embarazo (HTA) (8,4%), correspondiendo el 32,6% restante a otras causas (obstétricas directas e indirectas).

Figura 1

Defunciones maternas por causa. En seis provincias del estudio, 2002



En cuanto a las muertes maternas tardías, los trastornos hipertensivos que complican el embarazo (HTA) y las infecciones se repartieron igualmente el 15% de las causas, correspondiendo el 70% restante a otras causas obstétricas directas e indirectas.

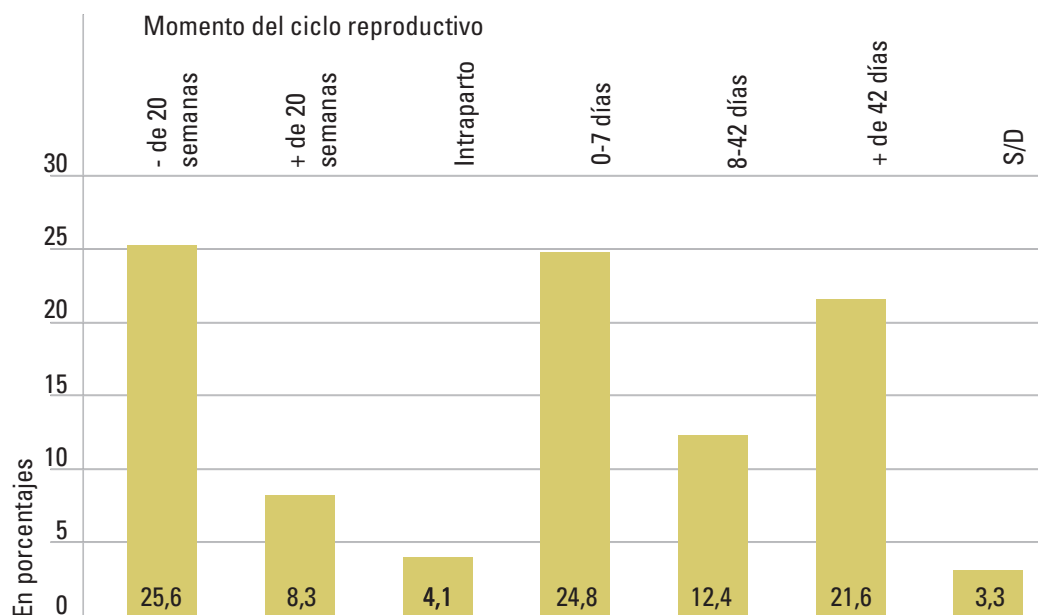
¿A qué edad y momento del proceso reproductivo se produjeron las muertes maternas?³

De las 121 muertes maternas contabilizadas, 28 (23%) ocurrieron en adolescentes, 65 (53,8%) en mujeres de 20 a 34 años, mientras que las 28 restantes (23%) acontecieron en mayores de 35 años. Respecto del tiempo de gestación, de las 121 muertes maternas, 31 se produjeron antes de las 20 semanas (25,6%), en consonancia con el peso del aborto como factor etiológico principal del ciclo reproductivo.

Al considerar ambas categorías de muertes maternas (defunciones maternas y muertes maternas tardías), el 38% de los decesos ocurrió durante el embarazo y el 58,7% durante el puerperio. El mayor peso correspondió a las muertes en el puerperio inmediato (0-7 días), que fue del 42,2%, mientras que las muertes maternas tardías representaron el 36,6% (figura 2).

Figura 2

Distribución de las muertes maternas según momento del ciclo reproductivo



³ La información analizada corresponde al total de muertes maternas (defunciones maternas + muertes maternas tardías). El análisis de la estructura por edad para cada categoría de muerte materna no fue posible por no contar con información desagregada para la provincia de Formosa.

¿Cuáles fueron las características sociodemográficas de las mujeres fallecidas?

El 4,9% de las fallecidas por causas de muerte materna (defunciones maternas y muertes maternas tardías) no había asistido a la escuela, el 20% tenía educación primaria incompleta, el 40% educación primaria completa, y el 17% educación secundaria incompleta o completa. Este dato no estaba consignado para el 18% de las mujeres fallecidas por causas maternas.

La información sobre el lugar de residencia (urbano/rural) no fue consignada en las provincias de Formosa, Mendoza y San Juan. En el Chaco y San Luis, la mayor parte de las muertes maternas ocurrió en mujeres que residían en zonas urbanas (82,7 y 66,7% respectivamente). En Tucumán, en contraste, sólo el 30% de las muertes maternas ocurrió en mujeres que residían en zonas urbanas.

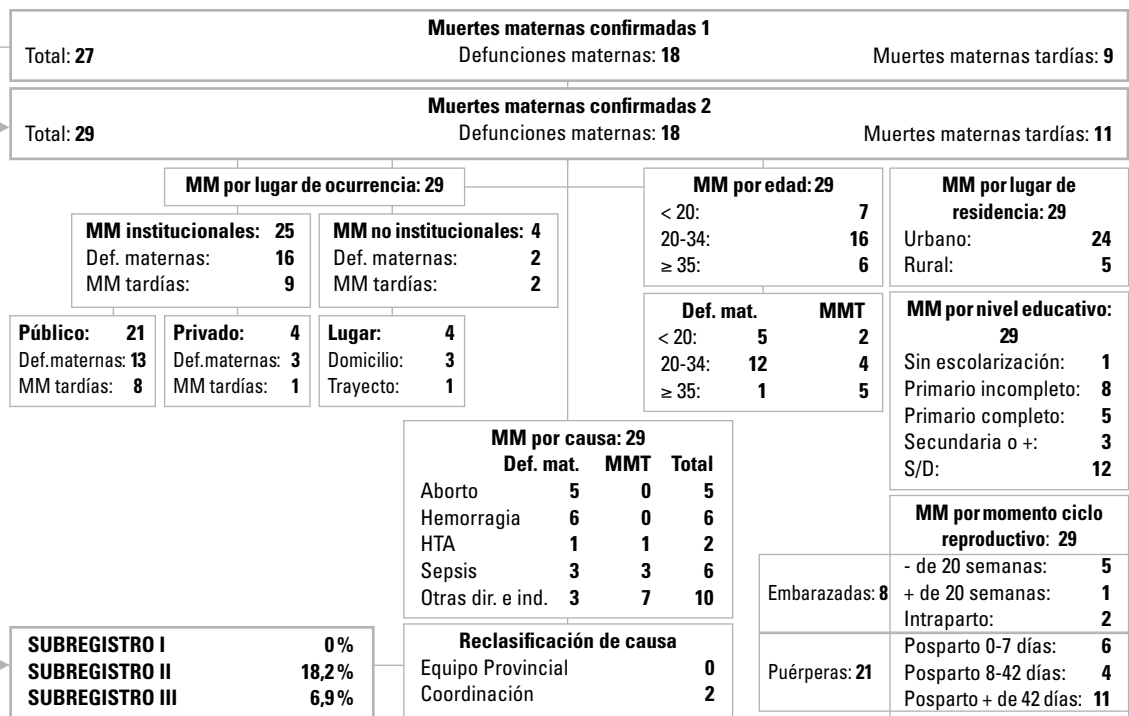
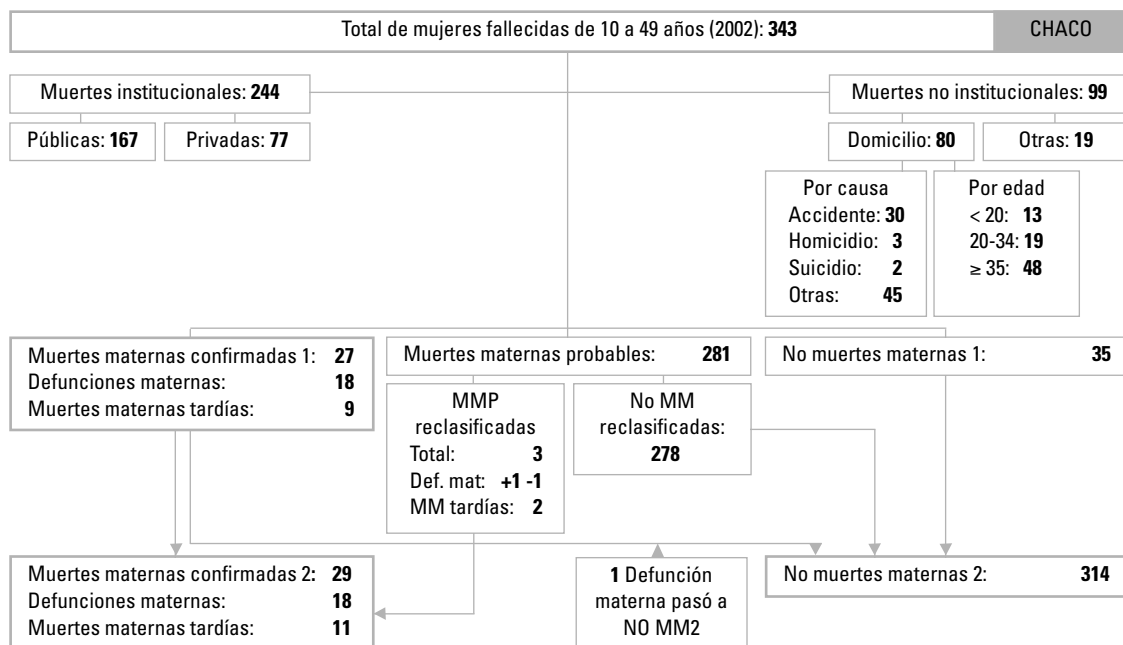
Sólo Formosa registró que el 35,8% de las muertes maternas ocurrieron en mujeres de comunidades indígenas, cuando su población indígena representa apenas el 7% de la población total. La relación defunciones maternas/muertes maternas tardías fue de 8 a 1 entre las mujeres de comunidades no indígenas frente a 1,5 a 1 en las indígenas. Para el caso del Chaco, esta relación no pudo calcularse dado que no se refiere en forma sistemática la pertenencia étnica de la mujer fallecida.

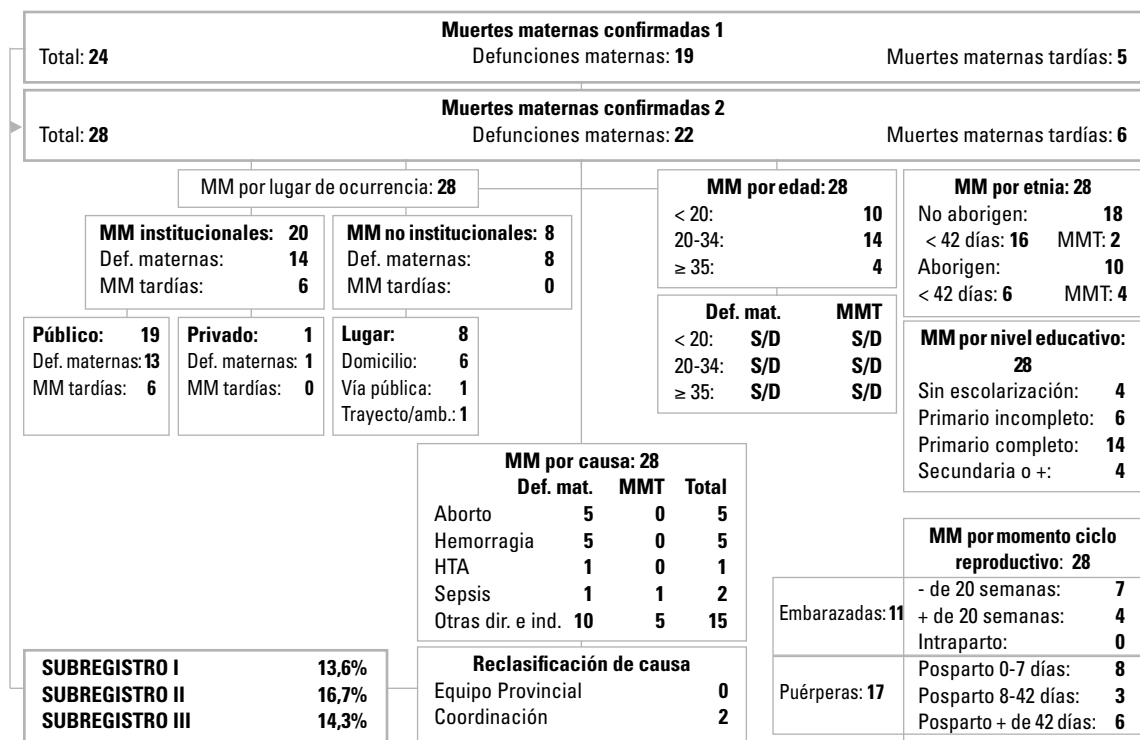
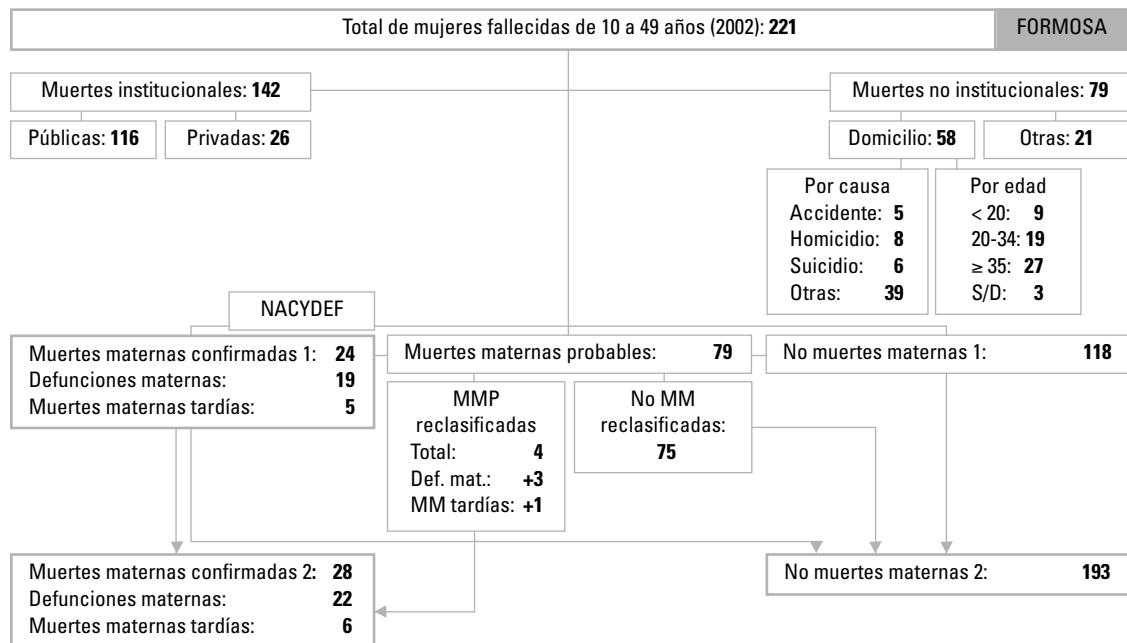
Finalmente, árboles autoexplicativos (algoritmos) describen la estructura de la muestra por provincia además de la descripción de cada variable analizada para cada uno de sus criterios de estratificación. Se presenta también el comportamiento absoluto y relativo de las variables analizadas para cada provincia y para el consolidado de las provincias estudiadas.

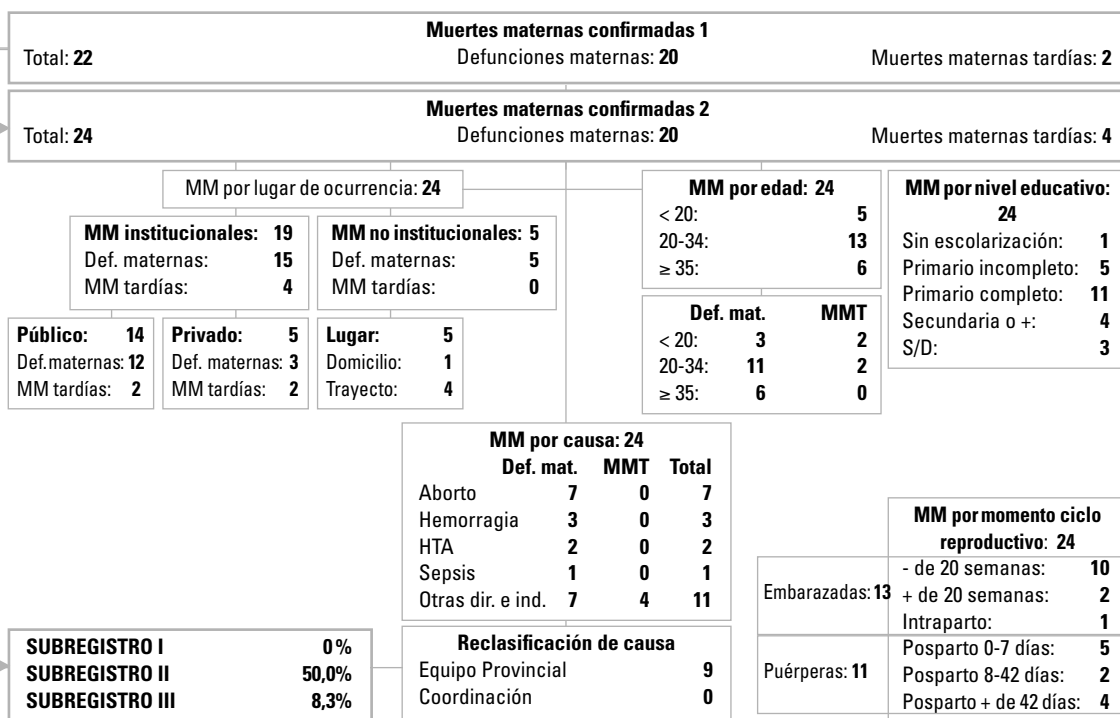
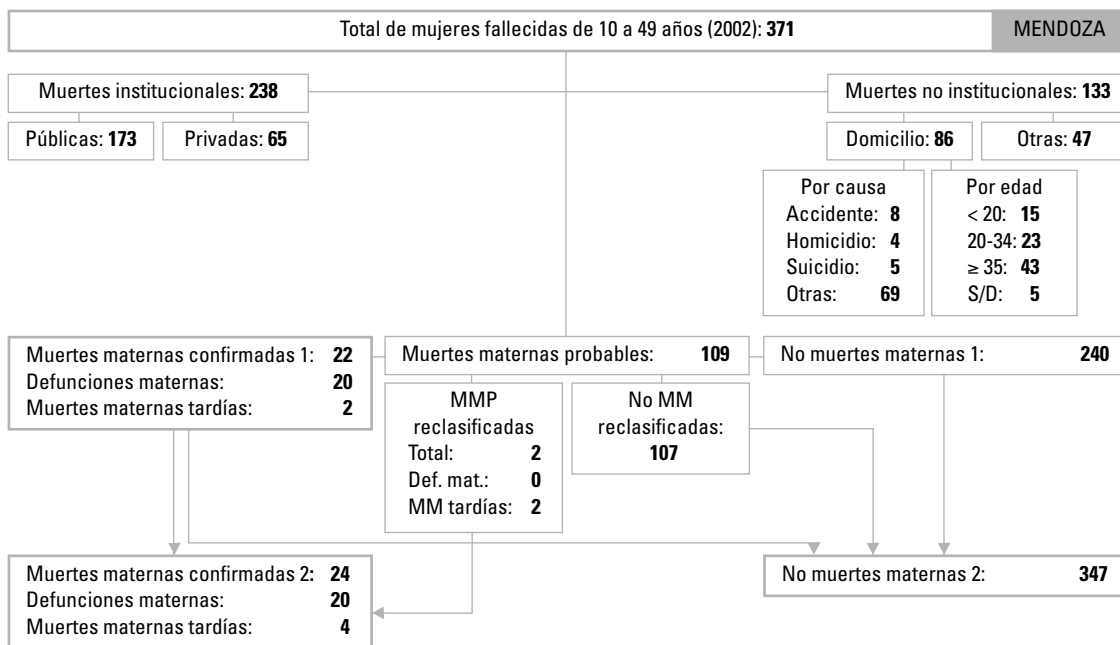
Con relación al subregistro, la metodología utilizada por este estudio, basada en la revisión sistemática de los informes estadísticos de defunción de las mujeres en edad fértil (10 a 49 años) fallecidas durante el año 2002 y su cotejo con las historias clínicas, permitió observar un nivel de subregistro de defunciones maternas del 9,5% para el conjunto de las seis provincias analizadas (Subregistro I en los algoritmos). El comportamiento de este subregistro para cada una de ellas fue: Chaco, 0%; Formosa, 13,6%; Mendoza, 0%; San Juan, 11,1%; San Luis, 14,3%, y Tucumán, 21,1%.

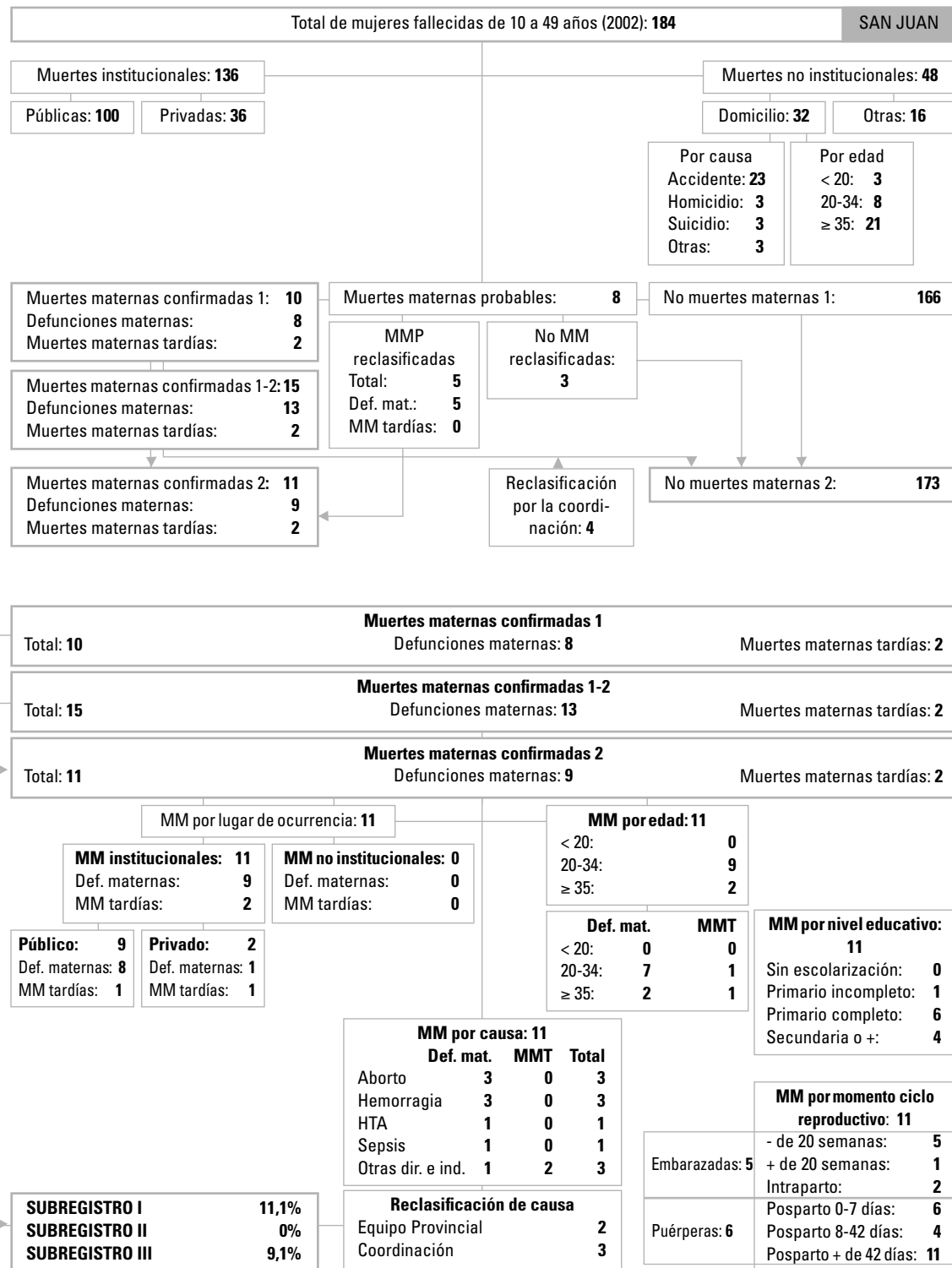
El alto porcentaje de historias clínicas halladas (86% para las seis provincias) permite indicar que la estimación del nivel de subregistro no está sesgada por esa razón. La segunda fuente potencial de sesgo es el porcentaje de muertes domiciliarias de mujeres en edad fértil (30,7% para las seis provincias). Entre éstas podrían encontrarse muertes maternas cuya identificación no es posible con la metodología aplicada en este estudio y por ende, su impacto sobre la estimación del subregistro no puede ser calculado y requeriría otro estudio.

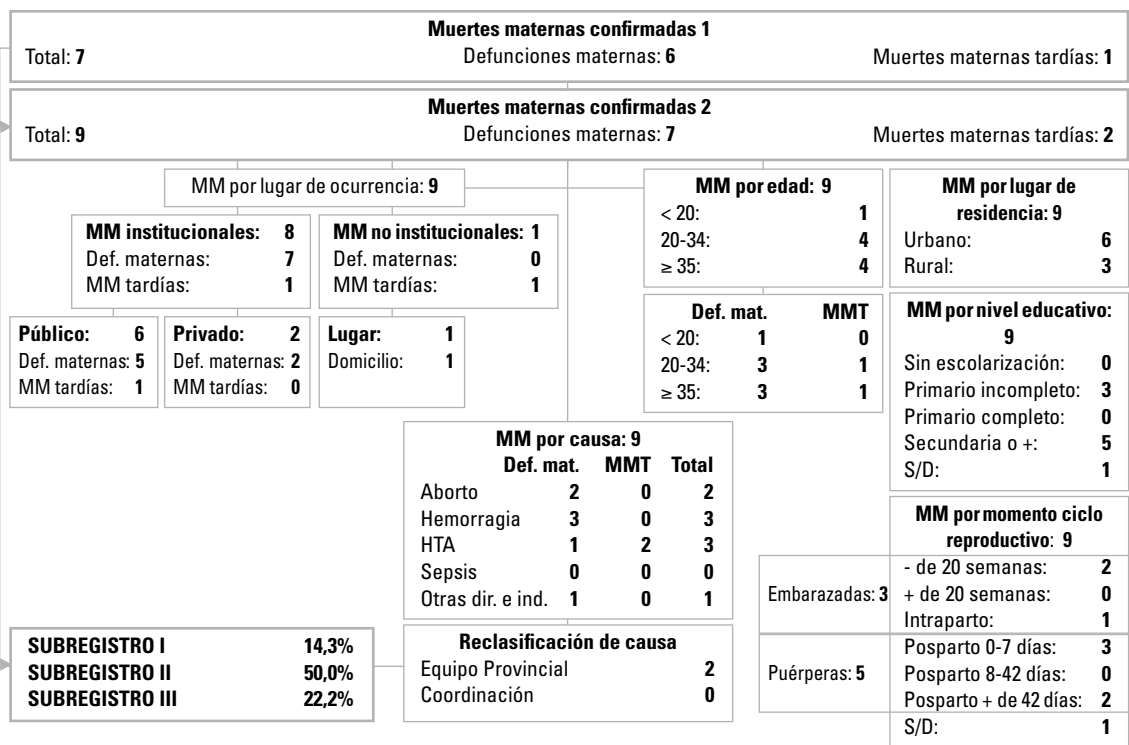
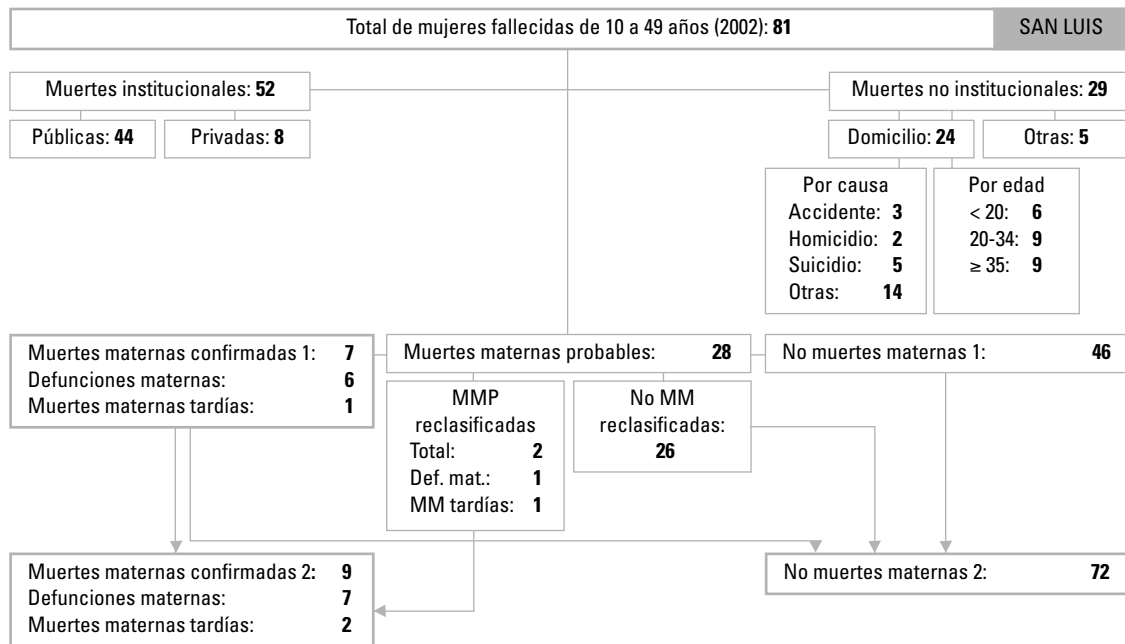
Por su parte, la misma metodología permitió estimar un nivel de subregistro de las muertes maternas tardías del 15,4% para cinco de las seis provincias (Subregistro II en los algoritmos). El comportamiento de este subregistro para cada una de ellas fue: Chaco, 18,2%; Formosa, 16,7%; Mendoza, 50%; San Juan, 0%, y San Luis, 50%. En Tucumán se observó una sobrenotificación de las muertes maternas tardías del orden del 300%.

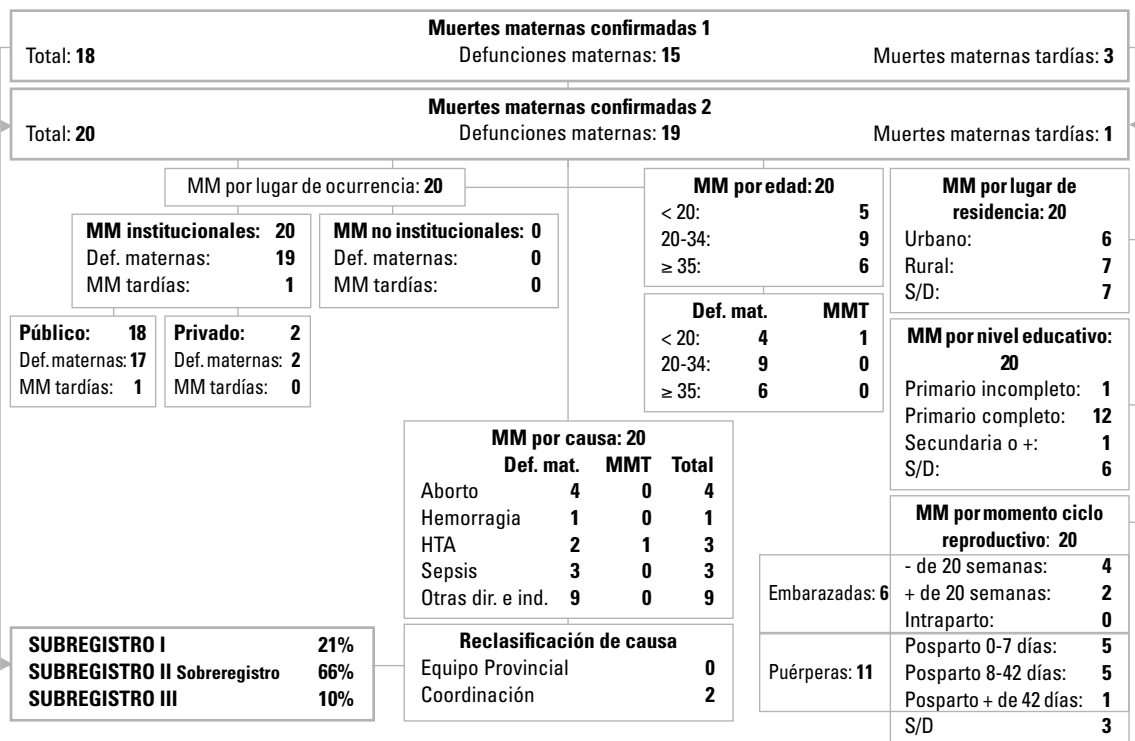
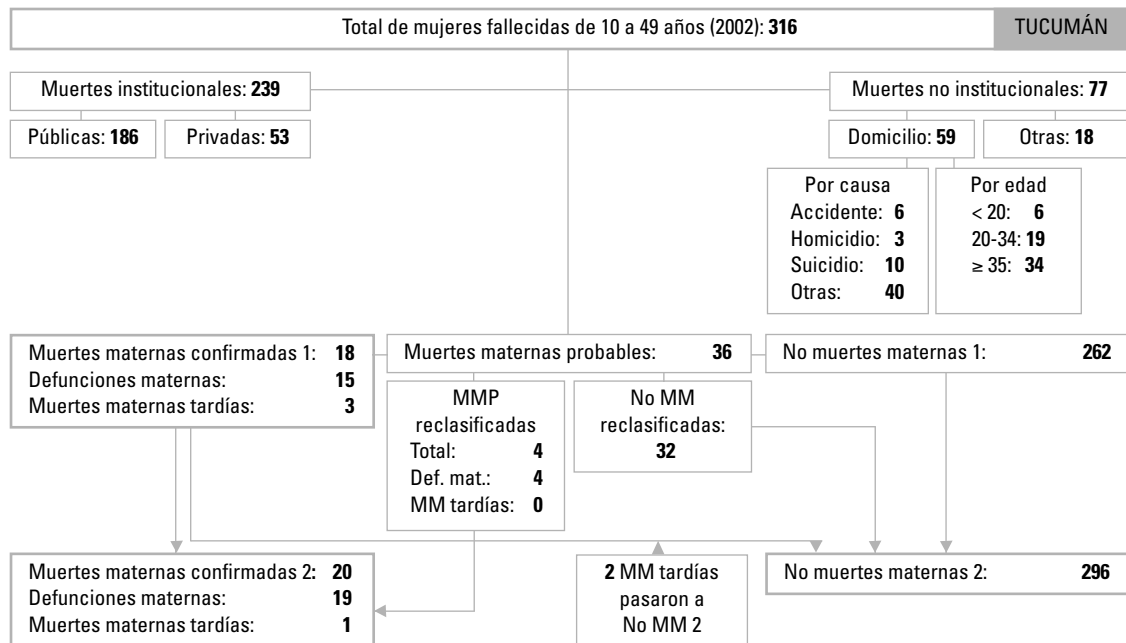












En la siguiente tabla comparativa se muestran los datos sobre la magnitud y estructura de causas de las defunciones maternas pertenecientes al Ministerio de Salud de la Nación y los obtenidos por el presente estudio para el mismo año (2002).

Defunciones maternas por causa para las seis provincias del proyecto
Resultados provistos por la Dirección de Estadísticas del
Ministerio de Salud de la Nación frente a los resultados del estudio, 2002

	Causas obstétricas directas								Otras causas obstétricas directas e indirectas		Seis provincias	
	Aborto		Hemorragia		Hipertensión		Infecciones					
Provincias	M	E	M	E	M	E	M	E	M	E	M	E
Chaco	4	5	5	6	2	1	3	3	5	3	19	18
Formosa	6	5	5	5	2	1	3	1	6	10	22	22
Mendoza	8	7	1	3	1	2	2	1	8	7	20	20
San Juan	2	3	2	3	1	1	1	1	2	1	8	9
San Luis	0	2	2	3	1	1	2	0	2	1	7	7
Tucumán	7	4	0	1	3	2	4	3	2	9	16	19
Total	27	26	15	21	10	8	15	9	25	31	92	95

M= Ministerio E= Estudio

La información presentada permite observar que:

- El número de defunciones maternas estimado por el presente estudio, luego del proceso de reclasificación ($n = 95$), y el provisto por el Ministerio de Salud de la Nación para las mismas provincias ($n = 92$) permiten observar que el nivel de subregistro de la información oficial es muy bajo para las seis provincias del estudio (3,2%).
- Las diferencias entre los resultados de esta investigación y el consolidado del ministerio mostraron un nivel de subregistro de los datos oficiales del 11,1% en San Juan y del 15,8% en Tucumán.
- Existen diferencias de registro en todas las causas de defunciones maternas.
- Las hemorragias y las otras causas directas e indirectas tuvieron niveles de registro menores que los estimados por el presente estudio.
- Las complicaciones de aborto, los trastornos hipertensivos y las infecciones tuvieron niveles de registro mayores que los estimados por el presente estudio.

Las diferencias entre ambas fuentes de información, tanto en el nivel de subregistro como en la estructura de causas, pueden haber sido consecuencia de diferencias en los criterios de reclasificación cuando, en este estudio, se analizaron las historias clínicas en profundidad.

Comentarios finales

El consenso internacional indica que las muertes maternas están generalmente subregistradas. El subregistro ha sido habitualmente abordado como un problema vinculado a la calidad del proceso de generación del dato sobre cada evento, desde el momento mismo del diagnóstico clínico y la subsiguiente cadena de procedimientos que se utilizan, hasta llegar al dato que conformará, de forma agregada, los indicadores epidemiológicos (Ministerio de Salud y Acción Social, 1985). Aun cuando estas diferencias existen, el nivel de subregistro (la distancia entre lo informado por el Ministerio de la Nación y los datos del presente estudio) es mucho más bajo de lo que se suele considerar (probablemente extrapolando el nivel de subregistro estimado hace casi veinte años).

En una reciente publicación de la OMS (WHO, 2004) se estima que la tasa de mortalidad materna es el doble de lo que indican las cifras oficiales. Sin embargo, en ese mismo documento, la Argentina es considerada dentro de la categoría de países con un buen sistema de registro y una buena clasificación de la causa de muerte. Si bien la tasa de mortalidad materna es de 43 por 100.000 NV, la tasa ajustada de muertes maternas estimada para el mismo año asciende a 82 por 100.000 NV, lo cual indica un factor de ajuste de 1,9. En otros términos, se parte de un nivel de subregistro “histórico” del 90% que debería ser revisado, más aún cuando para la gran mayoría de los países el factor de ajuste osciló entre 1,4 y 1,5.

El bajo nivel de subregistro identificado en este estudio merece un comentario particular. La investigación se desarrolló durante el año 2003 sobre datos de 2002, simultáneamente al procesamiento habitual de los informes estadísticos de defunción por las Direcciones de Estadísticas provinciales. Esta simultaneidad, sumada a la estrategia deliberada de trabajo conjunto entre los equipos provinciales del estudio y los equipos de las Direcciones de Estadística de las jurisdicciones, podría explicar la alta concordancia entre los resultados de la investigación y los datos reportados por Nación. De todos modos, no puede suponerse que la disminución del subregistro observada y la alta concordancia entre los resultados del estudio y los de la Dirección de Estadísticas de la Nación sólo puedan atribuirse al impacto de la simultaneidad de ambos procesos. Del mismo modo, debe evaluarse el impacto del esfuerzo sistemático que las Direcciones de Estadísticas Provinciales y de la Nación vienen realizando desde hace un tiempo para mejorar la calidad de los registros. Asimismo, procedimientos de auditoría tales como el NACYDEF (Formosa) o los Comités de Revisión de Muertes Maternas (Chaco y Mendoza) también pueden estar afectando positivamente la reducción del subregistro.

En general, en la mayoría de las investigaciones para analizar sistemas de notificación y estructura de causas (con excepción de los de auditoría de casos) se plantea un marco temporal más extendido que el utilizado en el presente estudio. En nuestro caso, el uso de información de

un solo año estuvo condicionado por la disponibilidad de recursos y el tiempo asignado para la ejecución del proyecto.

Comparado con otros antecedentes, el subregistro estimado por el estudio fue de menor magnitud al estimado por la investigación realizada por el Ministerio de Salud y Acción Social en 1987. Aun cuando las jurisdicciones analizadas en aquel estudio y el presente son diferentes, vale la pena conjeturar acerca de las posibles razones que podrían explicar este descenso significativo en el nivel de subregistro.

Por un lado, el problema del subregistro de las muertes maternas (así como también de las muertes infantiles) se ha instalado como una preocupación legítima en los sistemas de estadísticas provinciales, siguiendo una tendencia internacional en este sentido. Sin duda ha condicionado una mejora progresiva en la calidad de la notificación de los eventos con la consecuente reducción de las causas clínicamente mal definidas.

Por otra parte, es innegable que, desde el primer esfuerzo realizado en nuestro país a partir del estudio de 1987, se han sucedido una serie de eventos que pueden haber contribuido a reducir el subregistro. La profesionalización y tecnificación (informatización) de las áreas de estadísticas, la incorporación del ítem 9 en los informes estadísticos de defunción para consignar el antecedente de embarazo ante una muerte de mujer en edad reproductiva, la mayor conciencia de los profesionales por mejorar la calidad de los registros, los esfuerzos realizados por agencias de cooperación (OPS, UNICEF) para instalar la mortalidad materna como eje prioritario de intervención, la conformación de comités de vigilancia de muertes maternas o desarrollos locales como el NACYDEF, han sido entre otros, algunos de los mecanismos facilitadores que podrían explicar la actual situación.

Para concluir, algunas consideraciones generales sobre este componente del estudio. El análisis de la mortalidad materna tardía como objeto de estudio es una contribución original. Se sabe que los países con elevadas tasas de mortalidad materna poseen bajas tasas de mortalidad materna tardía. A medida que la capacidad de respuesta de los servicios de salud mejora se produce un incremento progresivo de las muertes maternas tardías y un descenso de las defunciones maternas. En los países en desarrollo las muertes maternas tardías son responsables de entre el 5 y el 20% de todas las muertes maternas. En nuestro estudio, las muertes maternas tardías representaron el 21% del total.

La planificación de acciones tendientes a reducir la mortalidad materna debe basarse en un diagnóstico de la magnitud del problema y en un conocimiento de sus causas que contengan la mejor calidad del dato posible. Esta investigación pretendió constituirse en evidencia científica que pueda ser consultada al momento de tomar decisiones.

Evidencia científica para mejorar el desempeño de los servicios de salud en la reducción de la mortalidad materna

Antecedentes

El problema de la mortalidad materna presenta un abordaje complejo, donde coexisten factores de riesgo conocidos y bien estudiados, principalmente vinculados a características biológico-sociales de las mujeres, como edades extremas, gran multiparidad, analfabetismo y pobreza, relacionados con la comorbilidad conocida (trastornos hipertensivos, diabetes, entre otros); factores de riesgo probables pero con escasa evidencia, vinculados a la accesibilidad, como la residencia en zonas rurales, o a la deficiente calidad de los servicios de salud, y por último, factores de riesgo desconocidos. En los debates sobre los programas de reducción de la mortalidad materna sostenidos a inicios de la década de 1990 se consideraba que el mejoramiento de los sistemas de salud y de atención obstétrica para hacer frente a las emergencias del embarazo, parto y puerperio era una de las últimas opciones, ya que se suponía que la mayoría de las complicaciones obstétricas podían ser prevenidas.

Respecto de la prevención de las complicaciones, existen datos que demuestran que este enfoque para reducir la mortalidad materna resulta menos prometedor de lo que generalmente se cree (Maine, 1997; Villar y Bergsjö, 1997; Carroli, Rooney y Villar, 2001). Las mujeres embarazadas corren el riesgo de sufrir complicaciones obstétricas graves, sin embargo, no puede hacerse una distinción clara y precisa entre las que necesitarán cuidados médicos de emergencia antes, durante y después del parto y las que no los precisarán. La OMS definió en 1986, los cuidados obstétricos esenciales que debían prestarse en el primer nivel de atención para reducir las muertes maternas (WHO, 1986). Ésta es una de las lecciones orientadoras rescatadas por el Consenso Estratégico Interagencial para la Reducción de la Mortalidad Materna: se precisan maternidades con prestadores calificados, con suministros necesarios y capacidad para transportar a una mujer a un establecimiento con cuidados obstétricos integrales, si fuera necesario, para actuar eficazmente en la prevención de las muertes maternas (PAHO, 2003).

No existen muchos estudios que realicen un análisis exhaustivo de los factores vinculados al proceso de atención, desde que la mujer embarazada toma contacto con el sistema de salud hasta que se produce el evento (muerte materna por aborto o parto). El propósito de nuestro estudio fue investigar qué factores vinculados al proceso de atención se asociaban con las muertes maternas ocurridas en el subsector público. Más precisamente, se buscó identificar las variables biológicas y sociales de las mujeres, la estructura hospitalaria, el proceso de atención obstétrica y la calificación del personal que asiste partos/abortos asociados con la probabilidad de morir por causas maternas. Así, se utilizó un estudio de casos y controles apareados que, al igual que en

otras experiencias, es el diseño adecuado, dada la baja frecuencia de muertes maternas como fenómeno poblacional y la necesidad de controlar el efecto del tipo de morbilidad, comorbilidad y momento del proceso reproductivo en el que se producen las muertes maternas (Hernández *et al.*, 1994).

Síntesis metodológica

Se utilizó un diseño de casos y controles apareados (Schlesselman, 1982; Hennekens *et al.*, 1987), dada la baja frecuencia del evento muerte materna. Los casos y controles se seleccionaron retrospectivamente, un control por cada caso de muerte materna confirmada e incluida en este componente. Los casos y controles fueron definidos de la siguiente manera:

Casos: mujeres de diez a cuarenta y nueve años fallecidas, cuya causa de muerte (codificada y/o reclasificada) hubiera sido defunción materna y cuyo fallecimiento hubiera ocurrido en el subsector público en las provincias seleccionadas. La selección se realizó desde el año 2002 a partir de los casos identificados por revisión de los informes estadísticos de defunción (IED) y confirmados por revisión de historias clínicas. Dada la necesidad de incluir una mayor cantidad de casos para completar el tamaño muestral estimado, se incorporaron casos del año 2001, desde el 31 de diciembre de ese año hacia atrás, hasta alcanzar el tamaño muestral establecido. Cabe aclarar que para el año 2001 se incluyeron solamente los casos detectados por los informes estadísticos de defunción. Se excluyeron las muertes materna tardías (ocurridas después de los 42 días y hasta los 365 días de finalizado el embarazo).

Controles: mujeres de diez a cuarenta y nueve años que ingresaron a los establecimientos del subsector público con similar morbilidad principal (tipo y severidad) que originó la muerte en los casos, similar comorbilidad (tipo y severidad, de ser posible) y momento del proceso reproductivo en que ocurrieron los casos, pero que no fallecieron dentro de los cuarenta y dos días posteriores a la finalización del embarazo (parto o aborto). Se utilizó el mismo marco temporal que el de la selección de los casos.

Criterios de exclusión: se agruparon en las siguientes categorías:

- ❖ Mujeres que fallecieron fuera de los establecimientos del subsector público (muertes domiciliarias o en trayecto y muertes institucionales del subsector privado o de obras sociales).
- ❖ Casos judicializados cuyas historias clínicas no se pudieron obtener.
- ❖ Mujeres cuyas historias clínicas no pudieron ser recuperadas en los hospitales.
- ❖ Mujeres cuya causa básica de muerte fue de tan baja prevalencia que resultó imposible identificar un control (por ejemplo, embolia de líquido amniótico - 1:25.000 nacimientos).
- ❖ Muertes maternas tardías (ocurridas después de los 42 días y hasta los 365 días de finalizado el embarazo).

Criterios de apareamiento: Se seleccionó una mujer que egresó viva (control) por cada una de las fallecidas (caso), según los siguientes criterios de apareamiento:

1. Morbilidad principal: definida como la causa básica de la muerte en los casos y como la causa principal de egreso de los controles.
2. Comorbilidad conocida durante el embarazo: si la mujer fallecida tenía comorbilidad conocida durante el embarazo (especialmente diabetes e hipertensión arterial), los controles debieron tenerla también (en lo posible se apareó con igual severidad del proceso mórbido: por ejemplo, preeclampsia severa, diabetes vascular, entre otros).
3. Momento del proceso reproductivo en el que ocurrió la muerte materna: se seleccionó un control que reunía los dos criterios anteriores y que permaneció internada en el mismo momento del ciclo reproductivo en el que ocurrió la muerte materna: aborto, parto (pretérmino o a término), o puerperio (hasta los cuarenta y dos días posparto).
4. Fecha de ocurrencia de la muerte materna: se buscó el control apareado a cada caso, cuyo egreso ocurrió en la fecha más próxima a la ocurrencia del evento muerte materna.

Factores de riesgo relevados

Para los casos y controles se relevó información sobre cinco dimensiones:

- a. Estructura hospitalaria.
- b. Proceso de atención.
- c. Características del personal que asiste partos.
- d. Accesibilidad a los servicios de salud.
- e. Condiciones de la mujer (biológicas y sociales).

Las definiciones, el modo de medición y la estrategia de recolección de cada una de las variables identificadas para cada dimensión se encuentran detalladas en los protocolos e instructivos de recolección de datos de casos y controles.¹

Las variables relevadas para cada dimensión fueron:

- a. Estructura hospitalaria de la institución donde se asistió el parto o aborto.
 - 1) Disponibilidad de atención obstétrica esencial (DAOE).
 - 2) Tipo de hospital.
 - 3) Tamaño del hospital (número de partos por año).
 - 4) Formación de posgrado en el hospital.
 - 5) Guardia obstétrica.
 - 6) Referencia 1: lugar de la derivación a la institución en la que se asistió el parto o aborto.
- a. Estructura hospitalaria de la institución donde ocurrió la muerte materna.
 - 7) Disponibilidad de atención obstétrica esencial (DAOE).
 - 8) Tipo de hospital.

¹ Anexo E de “Mortalidad materna en la Argentina: diagnóstico para la reorientación de políticas y programas”, en www.cedes.org y www.msal.gov.ar

- 9) Tamaño del hospital (número de partos por año).
- 10) Formación de posgrado en el hospital.
- 11) Guardia obstétrica.
- 12) Referencia 2: lugar desde donde se efectuó la derivación a la institución en la que ocurrió la muerte materna.
- b. Proceso de atención.
 - 13) Frecuencia del control prenatal.
 - 14) Inicio del control prenatal.
 - 15) Tiempo de internación.
 - 16) Momento de ocurrencia del parto o aborto.
 - 17) Momento de ocurrencia del evento (muerte materna).
 - 18) Uso de guías clínicas por patologías (normas actualizadas).
- c. Características del personal que asiste partos.
 - 19) Residencia de obstetricia y/o tocoginecología o medicina familiar.
 - 20) Universitario.
 - 21) Formación.
- d. Accesibilidad.
 - 22) Distancia en km desde el domicilio hasta el hospital donde se asistió el parto o aborto.
 - 23) Distancia en km desde el domicilio hasta el hospital donde ocurrió la muerte materna.
- e. Condiciones de la mujer (biológicas y sociales).
 - 24) Edad.
 - 25) Antecedentes obstétricos.
 - 26) Estado nutricional.
 - 27) Educación.
 - 28) Etnia.
 - 29) Estado civil.

Cálculo del poder del estudio para distintos tamaños muestrales posibles y bases para la estimación del tamaño muestral

Para calcular el tamaño muestral se utilizó la información disponible del año 2001. Para ese año se registraron ochenta y ocho muertes maternas en las seis provincias seleccionadas. Según la hipótesis de un subregistro del 50%, la cantidad de muertes anuales sería de 132. Se admitió una proporción de historias clínicas del 30% que no iban a ser ubicadas (perdidas, secuestradas por la justicia, etcétera). En consecuencia, se estimó que noventa historias clínicas serían efectivamente localizables. Se asumió que el 10% de los casos no podrían ser apareados. Se estimó entonces un total de 81 historias clínicas (casos) disponibles para un año y aproximadamente el doble (160 historias clínicas) si se extendiera la recolección a dos años.

La estimación del poder del estudio para encontrar diferencias “clínicamente” significativas entre la prevalencia de los factores en casos y controles tomó como base aquellos factores de los

cuales se dispone de información sobre prevalencia en la población general. Este cálculo utilizó parámetros conservadores, ya que la prevalencia de los factores en la población de mujeres con similar morbilidad que los casos probablemente fuera mayor que la de la población general.

Análisis

Previo discusión desde la perspectiva conceptual y de los datos obtenidos, se categorizaron algunas de las variables continuas y se recategorizaron algunas de las categóricas. Se calcularon las frecuencias de cada variable para casos y para controles, así como las medidas sumarias en el caso de que fuera pertinente.

Para el análisis univariado se obtuvieron los *odds ratios* utilizando el test de MacNemar (Lachin, 2000) específico para datos apareados, junto con los respectivos intervalos de confianza al 95% (IC 95%).

En el modelo multivariado se utilizó la técnica de regresión logística condicional (Lachin, 2000) específica para datos apareados. Las variables consideradas para incluir en el modelo fueron aquellas que mostraron una asociación con una $p \leq 0,1$ y que no mostraron colinearidad entre ellas. Las variables de proceso de atención fueron analizadas individualmente o por pasos, manteniendo siempre las variables biológicas asociadas. En el caso de las variables que correspondían a una misma dimensión y que mostraron colinearidad entre ellas, se eligió la que mejor representara la dimensión evaluada. Se calcularon finalmente los *odds ratios* ajustados junto con sus intervalos de confianza al 95% de las variables del proceso de atención y de las variables biológicas. Una vez seleccionadas las variables que potencialmente conformarían el modelo, se procedió a evaluar su interacción entre ellas. Finalmente, se seleccionó el modelo que resultó más estable y con mayor potencial explicativo.

Descripción de la muestra

Se obtuvieron ochenta y cuatro pares de casos y controles según los criterios de apareamiento fijados. La contribución de cada provincia seleccionada fue la siguiente:

Chaco	15 pares	(17,8%)
Formosa	17 pares	(20,2%)
Mendoza	13 pares	(15,5%)
San Juan	11 pares	(13,1%)
San Luis	8 pares	(9,5%)
Tucumán	20 pares	(23,8%)

El primer criterio de apareamiento (morbilidad principal que llevó a la muerte en los casos y fue la causa de egreso en los controles) se muestra para el total de los casos en la figura 1. El

aborto quedó, de acuerdo con datos del estudio de causas maternas, sobrerrepresentado. Según la revisión de informes estadísticos de defunción (véase capítulo Mortalidad materna: magnitud de un grave problema sanitario, de esta publicación), el aborto fue la primera causa de muerte con un 27,4% de las muertes, rango entre 21% en Tucumán y 35% en Mendoza. Los casos incorporados de 2001 para alcanzar el tamaño de muestra estimado presentaron una proporción mayor (57,7%) de defunciones maternas por aborto.

El segundo criterio de apareamiento fue la comorbilidad, tanto en el tipo como en la severidad, que acompañó a la causa básica de muerte (morbilidad principal que llevó a la muerte en los casos), como la causa de egreso en los controles (figura 2). La ausencia de comorbilidad y la anemia severa fueron las categorías más frecuentes, seguidas por sepsis e hipertensión arterial. En “otras” quedaron comorbilidades presentes sólo en un par de caso-control: sufrimiento fetal agudo, inversión uterina, y enfermedades digestivas que complican el embarazo.

Figura 1

Distribución porcentual de las causas de muerte en los casos y de las causas de egreso en los controles

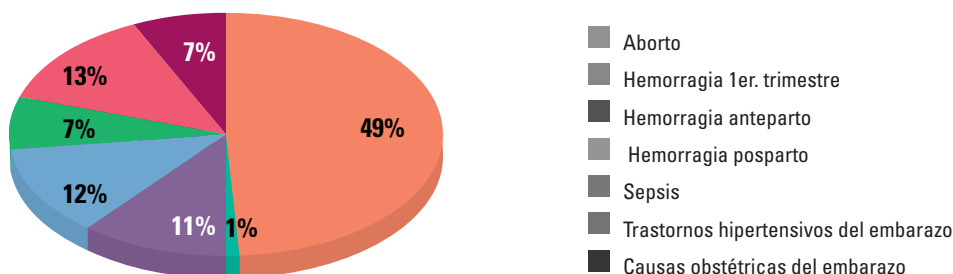
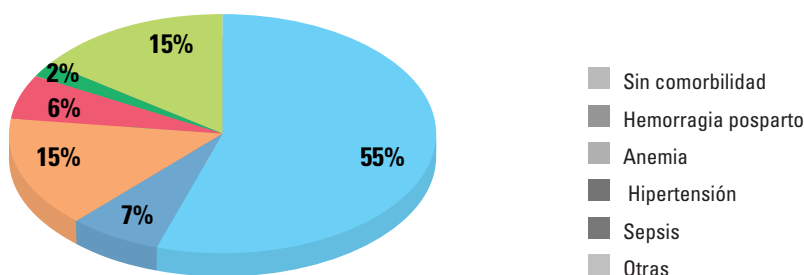


Figura 2

Distribución porcentual de la comorbilidad en casos y controles



El tercer criterio de apareamiento correspondió al momento del ciclo reproductivo en el que se desencadenó el proceso mórbido (morbilidad principal presentada por los controles y causa básica de muerte de los casos) (tabla 1).

Tabla 1

Distribución del momento del proceso reproductivo en el que se desencadenó la morbilidad principal para los casos y controles

Momento del proceso reproductivo	Control	Caso
Aborto (< 20 semanas)	42	42
Anteparto	20	20
Intraparto	5	5
Puerperio	17	17
Total	84	84

Principales hallazgos

En la tabla 2 se presentan las características sociodemográficas de los casos y controles. Puede observarse que las mujeres fallecidas eran en promedio, tres años mayores que las mujeres que no fallecieron. La figura 3 presenta la distribución de frecuencias de la edad; mientras el 25% de los controles tenían veinte años o menos, sólo el 10% de los casos se encontraba en este grupo de edad.

No se observaron diferencias en el nivel educativo alcanzado o en el estado civil de casos y controles. La diferencia en la historia reproductiva de casos y controles se observó en el número total de gestaciones. Así, hubo una mayor proporción de mujeres que cursaban su primer embarazo entre los controles, y grandes múltiparas entre los casos.

Los factores que se asociaron clínica y estadísticamente a la probabilidad de morir por causas maternas se presentan en la tabla 3. De los factores que caracterizan la estructura de la institución que asiste los partos/abortos, la falta de disponibilidad de guardia obstétrica activa y de atención obstétrica esencial aumentaron el riesgo de muerte materna 8 veces. Con relación a la calificación del personal que asiste partos, se consideró que contar con residencia en obstetricia o tocoginecología era una variable que representaba la disponibilidad de personal de planta y conducción acreditado en la especialidad. Así, en las instituciones que no contaban con residencia, el riesgo de muerte materna aumentaba 5,5 veces.

Respecto de las características de la mujeres, la multiparidad y la edad mayor a treinta y cinco años también aumentaron el riesgo de muerte materna.

Una mención particular puede hacerse sobre la relación entre los días de internación y las muertes maternas. Se observa que las mujeres que tuvieron una internación menor de seis días tienen una probabilidad 4 veces mayor de morir por causas maternas que aquellas cuya internación superó ese período. Esta variable parece explicar parte del proceso, pero no el resultado (es más, depende de la gravedad y de los recursos disponibles y está afectada por el resultado). La diferencia en el tiempo de internación podría explicarse porque las patologías que llevan en última instancia a la muerte materna, provocan el fallecimiento en un período relativamente corto. En otras palabras, “la suerte” de cada caso se juega en las primeras horas o días en que se desen-

cadena el proceso mórbido, y factores vinculados al proceso de atención condicionan finalmente el tiempo de internación. Los controles con similar morbilidad “se salvaron” (quizá por recibir diferente calidad de atención: hospitales con diferente infraestructura, profesionales con diferente calificación que asistieron el parto/aborto, entre otros) y por ello, permanecieron más días en el hospital.

La tabla 4 presenta el resto de las variables de interés consideradas en el estudio caso-control que no se asociaron estadísticamente a las defunciones maternas.

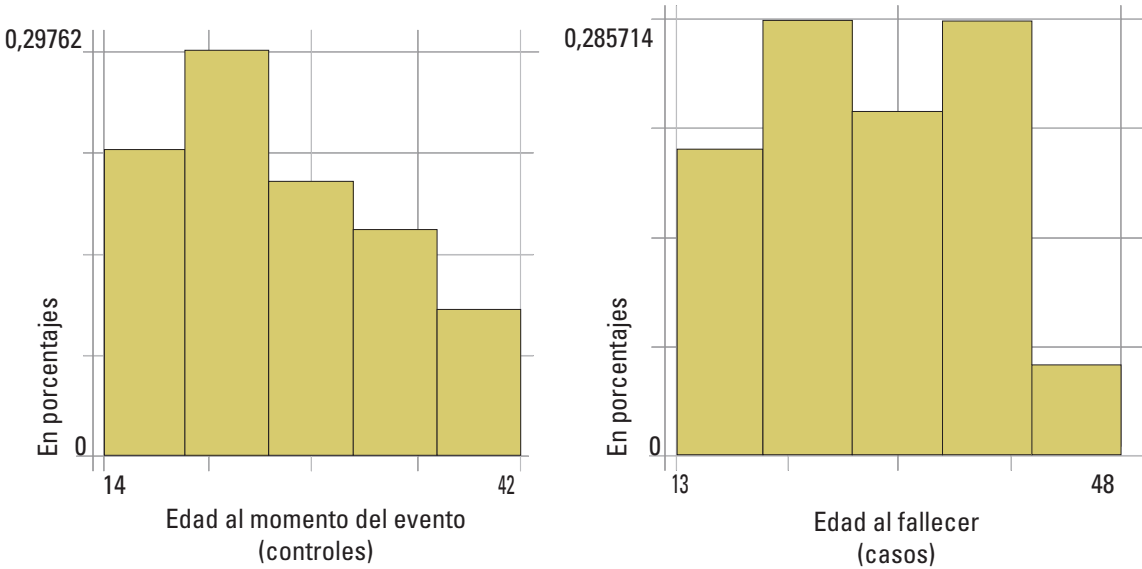
Cabe mencionar que variables relevantes clínicamente, como talla y peso, estaban consignadas en muy pocas historias clínicas (47/168 y 53/168 respectivamente), por lo que no pudieron ser analizadas.

Tabla 2

Características sociodemográficas de las mujeres

	Control	Caso (n = 84)	p (n = 84)
Edad (años)			
media (DS)	25,8 (7,2)	29,1 (8,0)	0,005
Escolaridad (%)			0,388
Primaria incompleta	9,5	16,7	
Primaria completa			
o mayor nivel	69,0	67,9	
Sin dato	21,4	15,5	
Estado civil (%)			0,67
Casada/unión estable	52,4	50,6	
Soltera/otra situación	36,6	33,7	
Sin dato	11,0	15,7	
Gestaciones (%)			0,021
Nuligestas	29,3	12,3	
1-3 gestas	39,0	42,0	
≥4 gestas	31,7	45,7	
Abortos (%)			0,096
0 abortos	76,5	64,6	
≥1 aborto	23,5	35,4	
Cesáreas (%)			0,349
0 cesáreas	78,8	68,8	
1 cesárea	10,0	13,8	
≥2 cesáreas	11,3	17,5	

Figura 3
Distribución de frecuencias de edad en casos y controles



Edad al momento del evento (controles)

Percentil	Valor mínimo	Valor máximo
1	14	14
5	16	14
10	17	15
25	20	16
50	25	
75	31	39
90	37	41
95	39	42
99	42	42

Edad de la mujer al fallecer (casos)

Percentil	Valor mínimo	Valor máximo
1	13	13
5	17	13
10	20	15
25	23	15
50	28,5	
75	36	43
90	39	43
95	41	43
99	48	48

Tabla 3

Factores de riesgo clínica y estadísticamente significativos

		Frecuencia		Odds ratios	IC 95%	p
		Control	Casos			
Estructura hospitalaria donde se asistió el parto/aborto						
Disponibilidad de atención obstétrica esencial						
	No	1	8	8,00	[1,0006; 63,96]	0,050
	Sí	83	74			
Tamaño del hospital						
	<1.500 partos/año	3	58	9,00	[2,09; 38,79]	0,003
	≥1.500 partos/año	80	19			
Disponibilidad de guardia activa						
	No	4	18	8,00	[1,83; 34,79]	0,006
	Sí	80	60			
Estructura hospitalaria donde ocurrió la muerte materna/evento de interés						
Disponibilidad de atención obstétrica esencial						
	No	1	16	16,00	[2,12; 120,65]	0,007
	Sí	83	68			
Tamaño del hospital						
	< 1.500 partos/año	4	25	5,00	[1,09; 22,82]	0,038
	≥ 1.500 partos/año	80	57			
Disponibilidad de guardia activa						
	No	4	25	22,00	[2,96; 163,21]	0,003
	Sí	80	57			
Proceso de atención						
Tiempo de internación						
	> 5 días	31	56	3,86	[1,68; 8,86]	0,001
	1-5 días	42	23			
Características del personal que asiste los partos/abortos						
Disponibilidad de residencia						
	No	2	11	5,50	[1,22; 24,81]	0,027
	Sí	82	73			
Condiciones de la mujer (biológicas y sociales)						
Edad >19 años						
	> 19	65	76	4,67	[1,34; 16,24]	0,015
	10-19 años	19	8			
Edad ≥35						
	≥ 35 años	15	58	2,22	[1,01; 4,88]	0,047
	< 35 años	69	26			
Gestaciones previas						
	≥ 4 gestaciones previas	23	38	2,18	[1,069; 4,45]	0,032
	0-3 gestaciones previas	56	43			

Tabla 4

Factores de riesgo sin significación estadística

		Frecuencia		Odds ratios	IC 95%	p
		Control	Casos			
Estructura hospitalaria donde se asistió el parto/aborto						
Tipo de hospital						
	General	64	66	3,00	[0,31; 28,84]	0,340
	Monovalente	20	16			
Proceso de atención						
Accesibilidad						
	Domicilio ≥ 150 km	3	9	3,00	[0,81; 11,08]	0,099
	Domicilio < 150 km	81	73			
Uso de guías clínicas						
	No	36	34	1,67	[0,39; 6,97]	0,484
	Sí	48	50			
Control prenatal						
	Sin control prenatal	27	25	1,00	[0,28; 3,45]	1,000
	Con control prenatal	40	30			
Control prenatal insuficiente						
	< 5 controles	11	13	0,43	[0,11; 1,66]	0,220
	≥ 5 controles	56	42			
Día de la semana parto/aborto						
	Sábado o domingo	38	35	0,90	[0,48; 1,70]	0,746
	Día hábil	46	45			
Horario parto/aborto						
	Nocturno	34	33	1,00	[0,52; 1,92]	1,000
	Diurno	44	44			
Día de la muerte materna						
	Sábado, domingo o feriado	32	34	1,00	[0,55; 1,83]	1,000
	Hábiles	50	50			
Horario de la muerte materna						
	Nocturno	35	41	1,31	[0,72; 2,39]	0,367
	Diurno	46	41			
Características del personal que asiste partos/abortos						
Formación universitaria						
	No	4	6	0,66	[0,19; 2,36]	0,530
	Sí	79	77			

Factores de riesgo sin significación estadística (continuación)

		Frecuencia		Odds ratios	IC 95%	p
		Control	Casos			
Condiciones de la mujer (biológicas y sociales)						
Edades extremas						
	< 20 y ≥ 35 años	34	34	1,00	[0,52; 1,92]	1,000
	20 a 34 años	50	50			
Uno o más abortos previos						
	≥ 1 aborto	19	28	1,67	[0,81; 3,40]	0,162
	No se realizó abortos	62	51			
Una o más cesáreas previas						
	No	63	53	1,76	[0,89; 3,49]	0,164
	Sí	21	31			
Escolaridad (primaria incompleta o menos)						
	≤ Primaria	8	14	1,8	[0,60; 5,37]	0,292
	> Primaria	56	56			
Estado civil						
	Soltera/otro	30	28	0,93	[0,45; 1,93]	0,853
	Casada/unión estable	43	42			

Análisis multivariado

El objetivo fue modelar la probabilidad de ocurrencia de muerte materna en función de los valores asumidos por las distintas variables independientes identificadas en el análisis univariado como clínica y estadísticamente significativas. Se trató de estimar el efecto que uno o más factores de riesgo tenían sobre esa probabilidad, ajustando por otras variables presentes en el modelo.

La selección de las variables incluidas en el modelo fue determinada por la plausibilidad biológica, la revisión de la literatura y las hipótesis elaboradas para explicar su asociación con mortalidad materna. Además, fue relevante contar con la totalidad de los datos en la muestra estudiada (n adecuado) y un número de eventos suficientes para cada una de las variables consideradas. Finalmente, se consideró su peso estadístico.

Para estimar el modelo multivariado se utilizó una estrategia escalonada. Una vez seleccionado el modelo, se evaluó la relación existente entre los factores de riesgo y se interpretó la modificación de sus efectos parciales sobre mortalidad materna. El interés final fue presentar un modelo parsimonioso, con pocas variables, fácil de interpretar, y con mayor validez externa.

A continuación se muestra el tratamiento estadístico de las variables finalmente consideradas para el modelo multivariado.

Edad

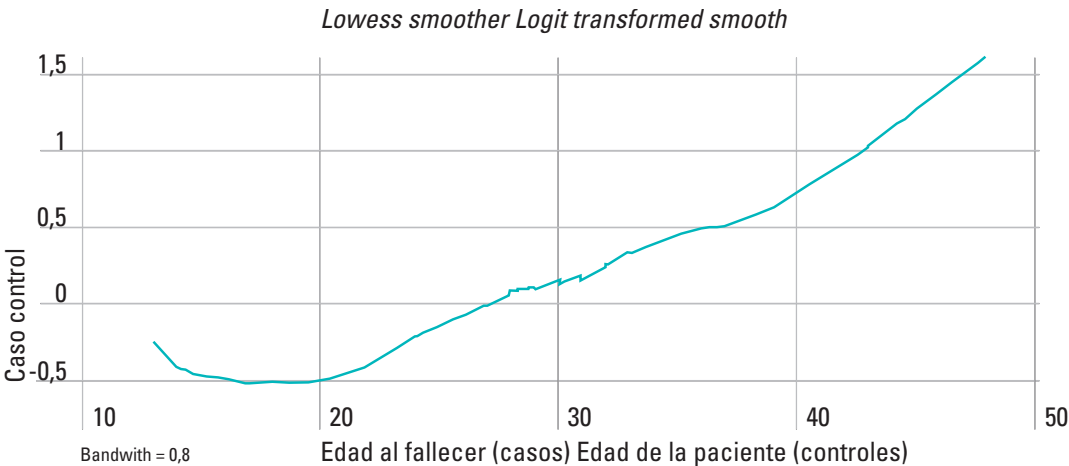
La variable edad fue la que representó más cabalmente las variables estudiadas dentro de la dimensión biológico-social, en particular, como proxy de la trayectoria reproductiva. El análisis de la relación entre la edad de la mujer y la paridad, mostró una fuerte asociación: a mayor edad, mayor paridad (tabla 5). Por otro lado, fue determinante para su selección contar con la totalidad de los registros para la muestra estudiada, ya que en otras variables pertenecientes a la misma dimensión la proporción de datos faltantes fue significativa.

Tabla 5
Relación entre paridad y edad

Paridad	Edad en décadas			
	10-19 años	20-29 años	30-39 años	40-49 años
	%	%	%	%
0	73,1	26,0	2,0	0,0
1	23,1	14,3	5,9	0,0
2	3,8	22,1	17,6	0,0
3	0,0	19,5	29,4	0,0
≥4	0,0	18,2	45,1	100,0

Como se observa en la figura 4, a partir de los veinte años la edad presentó una relación prácticamente lineal con el riesgo de muerte materna. Un comportamiento similar tuvieron las edades menores de quince años.

Figura 4
Edad (continua) frente a mortalidad materna



Para que la fuerza de la asociación entre la edad y el riesgo de muerte materna pudiera interpretarse mejor, se dividió la edad de la mujer por 10 (para tener la medida de efecto cada diez años) y se observó que la probabilidad de morir por muerte materna se duplica cada diez años (OR = 2,10; IC 95% [1,25; 3,52]).

Tamaño del hospital

El tamaño del hospital fue la variable más representativa de las dimensiones estructura hospitalaria y calificación del personal que asiste partos. Se presentó colineal con el resto de las variables de esta dimensión (disponibilidad de atención obstétrica esencial, presencia de guardia activa y docencia de posgrado) y con la dimensión relacionada con la calificación del personal que asiste partos/abortos (asistencia por especialistas-residencia).

Sobre la base de criterios clínicos, de la organización y de la literatura, el punto de corte para este estudio se fijó en menos de 1.500 partos. Se dicotomizó, en consecuencia, la variable tamaño del hospital en hospitales de menos de 1.500 partos por año y hospitales de 1.500 partos o más por año (tabla 6).

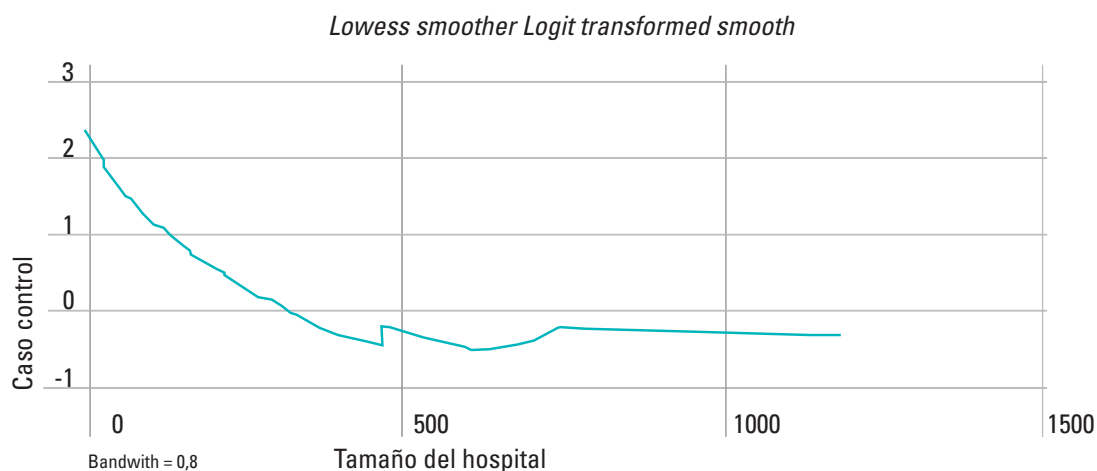
Tabla 6

Sin disponibilidad de atención obstétrica esencial (No DAOE) y tamaño del hospital

	Hospitales con < 1.500 nacimientos por año (n = 23)		Hospitales con ≥ 1.500 nacimientos por año (n = 138)		p
	N	%	N	%	
Sin atención obstétrica esencial	5	21,7	0	0	< 0,0001
Sin residencia	12	52,2	0	0	< 0,0001
Sin guardia activa	15	65,2	5	3,6	< 0,0001

Cuando se exploró la relación entre el riesgo de muerte materna y el tamaño del hospital se observó un comportamiento diferencial entre los hospitales de menor y mayor cantidad de partos; una relación lineal inversa a medida que aumentaba el número de partos por año (primera porción de la curva con una pendiente pronunciada) y una estabilización en hospitales grandes (figura 5).

Figura 5

Tamaño del hospital y riesgo de muerte materna

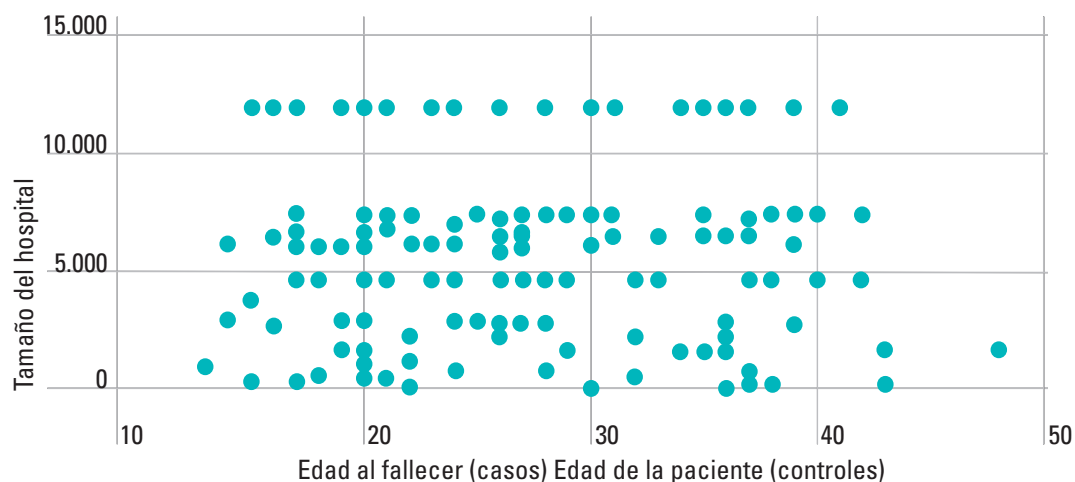
Los resultados de la regresión logística condicionada mostraron que la probabilidad de defunción materna aumentó 9 veces si el hospital asistía menos de 1.500 partos anuales (OR = 9; IC 95% [2,09;38,79]).

El modelo que mejor explicaba el riesgo de defunción por causas maternas incluía las características biológicas de la mujer (representadas por la edad) y las características de la institución que atendía el parto/aborto (representadas por el número de partos anuales).

Para probar si existía confusión, se utilizó el criterio de una variación de la medida de asociación mayor a 10%. Al agregar la variable tamaño del hospital, el *odds ratio* de edad pasó de 2,08 a 1,88, indicando ausencia de efecto confusión entre estas variables.

También se probó si existía interacción entre la edad y el tamaño del hospital. El modelo mostró que el término de interacción que expresaría la modificación del efecto no fue significativo. De la misma forma, no se observó correlación entre las variables edad y número anual de partos (ambas continuas), como se muestra en la figura 6.

Figura 6

Correlación entre edad y número anual de partos

Para evaluar la adecuación del ajuste del modelo logístico se efectuó el test de Hosmer & Lemeshow. El resultado mostró que no había diferencias entre los valores observados y los valores que predecía el modelo. Tampoco se identificaron patrones de covariables outliers o influyentes. Por estas razones se puede concluir que el modelo ajustó bien.

Finalmente, el modelo multivariado seleccionado indicó que las variables que mejor explican las probabilidades de una defunción materna cuando se comparan mujeres que desarrollaron una misma patología con igual grado de severidad son la edad (como proxy de la trayectoria reproductiva) y el número de partos anuales que atiende la institución (como proxy de la estructura hospitalaria disponible y la calificación del personal que asiste partos/abortos).

En términos del aumento del riesgo, expresado como *odds ratio*, podemos decir que éste se duplica por cada diez años de aumento de la edad y es 10 veces mayor en hospitales que asisten menos de 1.500 partos por año.

Como hemos mencionado, la interpretación correcta de los hallazgos no debe hacerse en función de las variables del modelo y sus puntos de corte, sino de lo que estas variables implican en términos de su relación con la disponibilidad de los recursos necesarios para manejar las emergencias obstétricas, por un lado (estructura hospitalaria y calificación del personal), y de la cantidad de eventos reproductivos a los que ha estado sometida una mujer, por el otro (edad).

Comentarios finales

Esta investigación tuvo como propósito identificar las variables biológicas y sociales de las mujeres, de la estructura hospitalaria, del proceso de atención y de la calificación del personal que asiste partos/abortos, asociadas con la probabilidad de morir por causas maternas. Estas va-

riables responden al modelo conceptual propuesto por la literatura y adoptado por el estudio (Maine, 1997).

Se incluyeron como casos, las mujeres cuya defunción ocurrió en una institución del subsector público. Por un lado, porque las historias clínicas estaban disponibles y fue posible aparearlas con un control que presentaba un cuadro mórbido de igual tipo y severidad, desarrollado en igual momento del proceso reproductivo. Por el otro, porque en las provincias participantes, así como en el país en su conjunto, la amplísima mayoría de las muertes maternas suceden en establecimientos del subsector público.

El análisis identificó once variables (sobre treinta y una consideradas), pertenecientes a todas las dimensiones incluidas en el modelo *ex ante* que mostraron asociación con el riesgo de defunción materna. Entre éstas, las variables relativas a la estructura hospitalaria fueron significativas en su mayoría.

Las variables que no resultaron significativas fueron las relacionadas con el proceso de atención (día de la semana y horario de ingreso al servicio, entre otras) y cuya posible asociación con la defunción materna es menos categórica y más alejada en la cadena de causas que pueden estar determinando la muerte en un servicio. Algunas de esas variables son habitualmente interpretadas desde el sentido común: no es lo mismo ingresar a un servicio de salud durante la noche que en horas de la mañana, por ejemplo. Los resultados de este componente no abonan la hipótesis de que el día de la semana o el momento del día en el cual la mujer se interna en el servicio tengan algún efecto sobre sus probabilidades de morir por causas maternas.

De las variables que resultaron asociadas a las muertes, se seleccionaron dos –número de partos asistidos anualmente por la institución y edad de la mujer– para conformar un modelo simple que resumiera la multiplicidad de factores que determinan las muertes maternas en el marco de la estructura y del proceso asistencial. Además de las consideraciones metodológicas que guiaron esta selección, la variable número de partos asistidos en una institución mostró estar altamente correlacionada con las otras variables consideradas de estructura y aquellas relativas a la calificación del personal que asiste partos/abortos. Adicionalmente, esta variable puede ser utilizada para representar las capacidades de los servicios de salud para responder de forma adecuada a la emergencia obstétrica, dada su correlación con los componentes de la atención obstétrica esencial. En cuanto a la variable edad, fue seleccionada porque resume el comportamiento de otras variables biológicas y sociales que resultaron significativas, y también porque expresa la trayectoria reproductiva de las mujeres.

El modelo obtenido muestra el peso específico que tienen las variables relacionadas con la oferta de servicios aun controlando por las características biológicas y sociales de las mujeres. La posibilidad de contar con profesionales capacitados y activos en los servicios y con los insumos necesarios para asistir una emergencia, parece ser una respuesta eficaz para contrarrestar la mortalidad materna.

Estos resultados permiten concluir, en consonancia con lo reportado por la literatura, que una política pública dirigida a reducir las defunciones maternas debe considerar prioritario el trabajo sobre la red asistencial para garantizar fundamentalmente dos aspectos: por un lado, que

las derivaciones sean realizadas oportunamente y por el otro, que los servicios de salud a los que concurren las mujeres por complicaciones de aborto o para atender el parto cuenten con recursos que garanticen la atención obstétrica esencial para el manejo de la resolución de la emergencia obstétrica.

La dinámica de los factores familiares, personales y comunitarios en las muertes maternas

Antecedentes

La técnica de autopsia verbal (AV) ha sido utilizada en países donde el registro de muertes es deficiente y donde las causas del fallecimiento suelen estar mal consignadas. Se ha aplicado en diversos estudios, tanto para el caso de las muertes maternas como para las muertes infantiles, y también en el caso de adultos fallecidos por patologías infecciosas (Kane *et al.*, 1992; Chandra-mohan *et al.*, 1998; Langer *et al.*, 2000; Gajalakshmi *et al.*, 2002).

La OMS define las AV como un proceso destinado a facilitar la identificación de muertes maternas donde la certificación médica es inadecuada, esto es, separar las muertes maternas de aquellas que no lo son, mediante la reconstrucción de los eventos que rodearon al fallecimiento dentro de la comunidad. Los rasgos distintivos de las AV son la entrevista a los miembros de la familia y a los vecinos de la persona fallecida, y la revisión de las historias clínicas, donde estén disponibles, de modo de poder: a) reconstruir los eventos que precedieron a la muerte y así poder establecer las causas médicas posibles, b) reconstruir los factores asociados con los comportamientos de búsqueda de atención y el acceso y la obtención de cuidados de salud, y c) recolectar información sobre los antecedentes de la mujer fallecida referidas a la edad, paridad, educación y otras variables sociales (Sloan *et al.*, 2001).

Este componente del estudio utilizó la técnica de la AV para reconstruir el proceso que se inicia cuando la mujer y/o sus familiares y allegados percibieron alguna señal de alarma que requería la búsqueda de atención médica, hasta su llegada al servicio de salud donde finalmente falleció. En este caso, no se trató de su utilización para certificar la causa de muerte. Tal como indican otros estudios, la AV no resulta la técnica con mayor validez para establecer la causa de muerte cuando se dispone de otras fuentes, como registros civiles confiables e historias clínicas, situación presente en nuestro país.

En este estudio, dado que tanto el informe estadístico de defunción como la historia clínica indicaban con claridad la causa de muerte, la AV fue utilizada para reconstruir la dinámica de los factores familiares, personales y comunitarios que obstaculizaron el contacto oportuno de la mujer con el servicio de salud. Asimismo esta técnica permitió identificar los obstáculos que surgieron en el proceso de atención de estas mujeres dentro del sistema de salud, desde el punto de vista de los familiares que las acompañaron durante el proceso.

Síntesis metodológica

Se utilizó un diseño cualitativo basado en la estrategia de autopsia verbal con el objetivo de relevar información que permitiera reconstruir la historia y el camino recorrido por la mujer desde que percibió algún malestar hasta que falleció.

Muestra

La muestra fue de tipo cualitativo, por cuotas, según criterios preestablecidos. La variable de corte utilizada fue “causas de muerte materna”, dividida en dos grupos: a) complicaciones de aborto provocado y b) otras causas de muerte materna. Para la selección de los casos, también se tuvieron en cuenta otras variables: lugar de residencia: urbano/rural; edad: < 20 años/≥ 20 años, e institución donde falleció la mujer: pública/privada. Estos criterios fueron utilizados para garantizar la variabilidad interna de la muestra.

La muestra debía conformarse por veinticuatro casos, 4 por cada sitio. De estos casos, dos debían corresponder a mujeres fallecidas por complicaciones de aborto y dos por otras causas obstétricas. Dentro de los cuatro casos que cada provincia debía aportar a la muestra global, se debía incluir por lo menos un caso de mujer fallecida menor de veinte años y por lo menos un caso de mujer fallecida con lugar de residencia rural. Estos dos criterios no fueron excluyentes, esto es, podía incluirse un caso que reuniera las dos condiciones. De los cuatro casos seleccionados en cada provincia, uno de ellos, en lo posible, debía ser el de una mujer fallecida en una institución privada, criterio que podía coincidir con los anteriores.

Técnica de relevamiento de información

Se utilizó la entrevista semiestructurada con preguntas abiertas y cerradas.¹ Para identificar si el informante estaba en condiciones de brindar los datos necesarios, se aplicó un “filtro” que incluía una batería de doce preguntas. A partir de la causa de muerte referida por el informante (cotejada con la causa consignada en el Informe Estadístico de Defunción) se aplicó un módulo-guía de entrevista según se tratase de distintas situaciones: muerte por complicaciones de aborto, muerte en el anteparto, parto o puerperio inmediato, o muerte en el puerperio.

La guía relevó información sobre las siguientes dimensiones:

- a) Características socioeconómicas de la mujer fallecida (edad, educación, ocupación y características del hogar).
- b) Historia reproductiva (número de embarazos, abortos, partos, cesáreas, hijos nacidos vivos e hijos nacidos muertos, uso de anticonceptivos y controles prenatales).

¹ Véase CEDES, www.cedes.org y Ministerio de Salud de la Nación, www.msal.gov.ar

- c) Historia del último embarazo, factores que permitieron identificar señales de alarma que motivaron la consulta al servicio de salud y el recorrido realizado por la mujer desde la primera señal de alarma hasta el fallecimiento (percepción del problema por parte de la mujer y de la familia y/o personas cercanas, percepción de la calidad de los servicios disponibles para resolver el problema, accesibilidad al lugar/lugares de atención incluyendo transportes, aspectos climáticos, y calidad de la atención en todos los lugares donde buscó atención).

Las entrevistas fueron realizadas a miembro/s de la familia o a una persona cercana a la mujer fallecida. En algunos casos, también fueron contactados agentes del sector salud. Las entrevistas fueron llevadas a cabo por una entrevistadora (mujer, con formación en ciencias sociales, psicología o trabajo social) especialmente capacitada. Se elaboró un “Manual de procedimientos para la realización de las autopsias verbales” para complementar la capacitación recibida por las encuestadoras.²

La entrevista fue completada en una sola visita en todos los casos. De acuerdo con la situación familiar observada, se ofreció a la familia la posibilidad de tomar contacto con el servicio de psicología de la maternidad o del establecimiento de salud más cercano que contara con la atención requerida. En caso de que este servicio se encontrara alejado del lugar de residencia de la familia, la entrevistadora podía ofrecer el pago de los costos de traslado del familiar para la realización de tres consultas.

En relación con los obstáculos durante el trabajo de campo, sólo unas pocas entrevistas fueron demoradas debido a la resistencia de los entrevistados. El uso del grabador en algunos casos planteó un rechazo inicial, luego superado a lo largo de la entrevista. En otras situaciones, las entrevistadoras consideraron que el uso del grabador no era apropiado dada la situación familiar, y optaron por el registro escrito de la entrevista. Los temores de los entrevistados para acceder a la entrevista y/o al uso de grabador se debieron a problemas asociados a la tenencia de los hijos de la mujer fallecida, dado que frecuentemente se sospechaba que la entrevistadora pertenecía al servicio social.

Procesamiento y análisis

El material relevado fue analizado siguiendo los criterios del modelo “de las tres demoras” (Maine *et al.*, 1997). Este modelo considera tres momentos clave en los cuales se pueden identificar factores que generan una demora en el acceso en tiempo y forma al tratamiento de una emergencia obstétrica, y de ese modo aumentar las probabilidades de una muerte materna. Estos tres momentos son: demora en decidir buscar atención; demora en llegar al servicio de salud, y demora en recibir el tratamiento adecuado dentro del servicio.

² Véase CEDES, www.cedes.org y Ministerio de Salud de la Nación, www.msal.gov.ar

Para la descripción de cada uno de estos momentos, se utilizaron los siguientes indicadores:

-
1. Demora en decidir buscar atención
 - a. Percepción de “signos de alarma” y su interpretación.
 - b. Obstáculos (temores, expectativas).
 - c. Decisión y acompañamiento en la búsqueda de atención médica.
-
2. Demora en llegar al servicio de salud
 - a. Transporte desde el domicilio al servicio de salud.
 - b. Recepción en el servicio de salud.
 - c. Internación e insumos utilizados.
 - d. Derivación realizada (momento, motivos, medio de transporte).
-
3. Demora en recibir tratamiento en el servicio de salud donde fallece
 - a. Momento de llegada y modo de ingreso al servicio de salud.
 - b. Recepción y tratamiento de la emergencia obstétrica.
 - c. Insumos utilizados para la atención.
-

El análisis se completó con la descripción de las condiciones personales y familiares que antecedieron a la emergencia obstétrica y finalizó con la percepción de los entrevistados acerca de la calidad de la atención recibida.

El material recogido en las AV fue reducido utilizando cinco grillas: una para cada una de las demoras del modelo, otra para los antecedentes y otra en la que se volcó la percepción de la calidad de la atención. Los relatos fueron clasificados de acuerdo con los indicadores propuestos para cada grilla/demora, de modo de poder realizar una lectura comparativa. El análisis se enfocó en la comparación de los casos de las mujeres fallecidas por aborto provocado con las mujeres fallecidas por otras causas. Las observaciones que surgieron de la lectura completa de cada AV, junto con las observaciones del trabajo de campo, fueron volcadas en un cuadro resumen para cada caso.

Descripción de la muestra

En la siguiente tabla se presentan las características de las mujeres fallecidas por causas maternas que conformaron la muestra de este componente del estudio.

Tabla 1

Características de la muestra de mujeres para las autopsias verbales

Provincia	Nº	Edad		Residencia		Causa de muerte		Institución	
		≤ 19	≥ 20	Rural	Urbana	Aborto	Otra causa	Pública	Privada
Chaco	4	3	1	2	2	2	2	4	–
Formosa	4	–	4	1	3	2	2	4	–
Mendoza	4	2	2	–	4	1	3	4	–
San Juan	4	–	4	2	2	1	3	3	1
San Luis	5	1	4	–	5	3	2	4	1
Tucumán	4	1	3	3	1	2	2	4	–
Total	25	7	18	8	17	11	14	23	2

Principales hallazgos**Antecedentes reproductivos**

En esta sección se describen las medidas anticonceptivas y reproductivas que habían adoptado las mujeres antes del evento que las llevó a la muerte, las actitudes respecto del embarazo, la divulgación que habían hecho de éste y el grado de control realizado, las indicaciones recibidas, y la intención o realización de maniobras abortivas.

En el plano de las actitudes anticonceptivas/reproductivas entre las mujeres que murieron a consecuencia de un aborto provocado, se destacan las dificultades para adoptar medidas anticonceptivas de común acuerdo con la pareja, en función de los planes reproductivos. También se observa la divergencia de intenciones reproductivas entre las mujeres fallecidas y sus parejas, conflicto que, dadas las circunstancias –aborto clandestino y precario– aumentó el riesgo de sus vidas.

Así, se observa que en estas parejas es común la falta de involucramiento del compañero en el cuidado anticonceptivo, que deja a las mujeres desprotegidas frente a un embarazo, aun cuando fueran ellos quienes no deseaban tener más hijos. Entre estas mujeres algunas no utilizaban ningún método anticonceptivo porque les producían malestares, otras tenían algún cuidado para no resultar embarazadas –intermitente, con anovulatorios orales, ligadura tubaria (sic)– en tanto que algunas suspendieron los anticonceptivos orales en distintas situaciones: una de ellas a espaldas de su pareja (quien le llevaba las pastillas hasta que el médico exigió verla para seguir entregándoselas), y la otra decidió dejar las píldoras para resultar embarazada con el fin de evitar la pérdida de su vivienda, según explicó su tía. Los embarazos que resultaron en estas circunstancias encontraron, en varios casos, la oposición de las parejas a su continuidad. Sólo uno de estos embarazos fue deseado por ambos miembros de la pareja.

Algunas mujeres comentaron su percepción o seguridad de estar embarazadas entre sus pares (vecinas, amigas) y familiares mayores (tía, madre). Las únicas dos mujeres que informaron a sus parejas sobre el embarazo, fueron coercionadas para interrumpirlo, en contra de su voluntad. En

estos casos, los testimonios recogidos permiten observar la existencia de relaciones asimétricas y violentas:

Y... la llevó él, dice que él la hizo sonar a palos primero porque ella no quiso hacer aborto. Y la llevó a Sylvina a una señora y la hizo abortar (madre de M2 CH R 28).³

Yo me enteré que ella estaba embarazada cuando estaba de tres meses más, y yo le dije “No quiero saber nada de eso, te dije que te cuidarás”... y ella llorando me dijo que nunca más la volvería a ver, y efectivamente, la volví a ver casi moribunda en el hospital... nunca sabré por qué hizo eso (pareja de M1 FO U 21).

Estas mujeres recurrieron a sus madres en búsqueda de ayuda económica para realizar el aborto. Sin embargo, de ellas obtuvieron desaprobación debido a la criminalización de esta práctica. En un caso, argumentando temor a verse involucrada por los riesgos que podría correr la salud de su hija, y en otro, culpabilizándola desde una perspectiva religiosa:

Y bueno, y ahí ella vino... después la última vez que ella vino ella me dijo... “Mamá, quiero un remedio”. Le digo “¿Para qué hija?”. Dice “Yo estoy embarazada –dice– yo quiero sacármelo porque él no quiere que yo tenga”. “Pero hija, tuviste cuatro tené cinco, crialo –le digo– vas a hacer un daño a tu cuerpo y a la criatura, vas a matar una criatura”. “No –dice– porque él no quiere que yo tenga”. “Bueno –le digo– yo no te puedo dar un remedio hija, porque el día de mañana te pasa algo la culpa la tengo yo...” Y bueno y se fue. Y a los catorce días...” (madre de M2 CH R 28).

Ese tipo que tenía como novio le obligó que fuera a verla a una doña, para que le solucionara su problema. Nosotros le dijimos que nunca, que estaba mal, que Dios nunca la perdonaría. Ella lo mismo fue a la casa de esa tipa –yo no sé el nombre, si no la denunciaría–. Lo que sé, que el día 6 de marzo vino a pedirme prestados \$ 50 para comprar pastillas en la farmacia para echar a su hijo y yo no le di y la eché, y le dije que Dios la iba a castigar. Había sido que no sé dónde ella consiguió la plata y compró las pastillas y echó a su hijo de casi cuatro meses (madre de M1 FO U 21).

Estas mujeres fueron “acompañadas” por sus parejas a abortar pero, como se verá más adelante, no las acompañaron en el proceso de atención de las complicaciones del aborto.

El caso de extrema coerción está representado por una joven que fue obligada a abortar en silencio por su patrona, única persona al tanto de su embarazo (quien la hacía ejercer la prostitución, además de las tareas domésticas que realizaba públicamente). En otros casos, algunas muje-

³ Entre paréntesis se indica el tipo de informante, el caso referido, la provincia de residencia, la condición de urbano o rural de la mujer fallecida y su edad.

res estuvieron al tanto de los procedimientos abortivos realizados (tía, amigas), aunque no las acompañaron en la búsqueda de recursos para conseguir el aborto.

Otras mujeres parecen no haber comunicado su embarazo a nadie, tampoco a su pareja, dado que –y otros informantes clave, en algunos casos– refieren haberse enterado del estado de gravedad recién a partir de la internación. En el extremo, están los compañeros de estas mujeres que dicen desconocer la causa de muerte, desvinculándola del aborto, e incluso dudando o negando el embarazo informado por los médicos. Quizá se pueda interpretar esta actitud en la línea presentada por otro estudio (Ramos y Viladrich, 1993) que da cuenta de la estrategia defensiva frente a los servicios de salud de las mujeres que abortaron, al referir desconocer que estaban encinta con el objetivo de contrarrestar las sospechas de haber incurrido en maniobras ilegales. El estigma, fruto de la criminalización del aborto, podría explicar que familiares y allegados de mujeres que fallecieron por esta causa eviten reconocer la práctica que tuvo lugar, comenzando por “desconocer” el embarazo.

En este sentido hay que destacar que muchas mujeres que aparentemente decidieron ellas mismas interrumpir el embarazo no hicieron público el recurso al aborto. Sostuvieron el ocultamiento frente al tradicional interrogatorio médico (Ramos y Viladrich, 1993; Ramos *et al.*, 2001) e incluso ante familiares y allegados adjudicaron los malestares que padecían a problemas digestivos o de otro tipo. Tampoco cuando la complicación y el compromiso de su salud iban en aumento confesaron las prácticas realizadas. Nuevamente, el caso más patente de sumisión y silencio es el de la joven que en ninguna instancia del proceso de atención refiere el aborto, diagnosticado recién a partir de la autopsia:

Eso sí que ella no me quería avisar lo que a ella le pasaba. Yo le preguntaba de todas formas “Hija ¿qué te pasó? Avisame” le digo. Lo único que me decía “Me caí de la bicicleta”, eso era lo que me contestaba. Después las enfermeras igual le preguntaban. Y ella contestaba que cayó de la bicicleta. Lo único que contestó era eso... Y ahí me dijo el doctor “Tu hija no es caída de la bicicleta que tiene. Tu hija tiene otra cosa”. Y ahí el doctor le sacó el oxígeno y le preguntó “Hija ¿qué te pasó?”. Lo único que ella le contestó “Me caí de la bicicleta” y no... (madre de M1 CH U 19).

Dada la clandestinidad social que rodea el aborto, en mujeres que disponen de escasos recursos económicos, las estrategias para interrumpir el embarazo son en su totalidad opciones inseguras. Otra variable que aumenta el riesgo la representa el tiempo de gestación al momento del aborto, que en algunos casos llega hasta el cuarto mes de embarazo.

Entre las mujeres que manifestaron su intención de abortar, los métodos utilizados comprenden desde la ingesta de pastillas hasta la atención con practicantes de abortos y parteras “chai” (con uso interno de hierbas). La clandestinidad familiar en la que se encontraron otras mujeres que abortaron, nos impide saber qué medios utilizaron para interrumpir el embarazo, y más importante aún, les impidió a ellas tener un marco de contención y ayuda en esta situación.

Entre los informantes que retrospectivamente pueden dar cuenta del aborto practicado, las fuentes que permitieron conocer su ocurrencia fueron, además del diagnóstico de los profesionales de salud, la autopsia realizada, el testimonio de otra víctima de explotación sexual (también coaccionada a abortar en absoluto silencio) y el de las amigas de la mujer fallecida que tuvieron conocimiento del aborto al mismo tiempo que éste tenía lugar.

En cuanto a las razones de las mujeres para recurrir a la interrupción del embarazo, tal como informan los entrevistados, además de la negativa de la pareja al advenimiento de otro hijo, se argumentan las dificultades económicas y de pareja que padecía la mujer. Se desconocen los motivos que impulsaron a las mujeres que no comunicaron su decisión de abortar.

Entre las mujeres que fallecieron por otras causas, y en relación con la actitud frente al embarazo, hay que destacar la situación de algunas para quienes el embarazo era un hecho conflictivo. Según relatan las informantes, esta presunción se funda en su comunicación tardía o en los temores que manifestaban por estar al tanto de los riesgos que implicaba para su propia salud:

E: ¿Y cómo tomó ella la noticia del embarazo?

G: Y no sé, parecía que no quería.

C: No, ella no quería... O sea que estaba así como deprimida, que era como si estaba impresionada del embarazo... Sí, también preocupada, muy preocupada porque...

G: Bueno, porque ella siempre decía que cuando tuvo el último nene, los médicos le había dicho que no podía quedarse más embarazada.

E: Ahá, ¿Por qué?

G: Porque ella... para tener otro bebé tenía que hacerse un buen tratamiento porque... bueno, no, en realidad, en realidad le dijeron en el hospital que, que no podía tener más bebés porque, por las operaciones que ella tenía...

E: ¿Por las cesáreas?

G: Por las cesáreas y aparte bueno, que ella había sido operada también de la vesícula, ya eran demasiadas con los chicos que había tenido. Bueno, ésa era la preocupación de ella... (hermanas de M19 SL U 38).

Sin embargo, a pesar de no ser un embarazo bienvenido, estas mujeres realizaron los controles de rutina.

Otras mujeres, que no controlaron su embarazo (percibido y/o comunicado tardíamente) mostraban actitudes más resistentes frente al control médico: no acostumbraban a realizarse los controles –esto fue vinculado a costumbres “de campo” o a una actitud caprichosa– o no seguían las indicaciones médicas.

Un caso particularmente dramático se presenta en una mujer con discapacidad mental que resultó embarazada presuntamente por el abuso de su padre. Esta mujer no tuvo ningún control del embarazo por no haber sido percibido según su padre, dado el exceso de peso característico en ella.

De las mujeres que fallecieron en el puerperio alejado, algunas tuvieron una estadía prolongada en el hospital (alrededor de dos semanas), mientras que otras fueron dadas de alta después del parto sin recibir indicación sobre el tratamiento que debían realizar.

Demora en decidir buscar atención

En relación con la percepción de “signos de alarma” entre las mujeres que fallecieron por abortos provocados, se destaca una importante demora –alrededor de tres días– frente a síntomas tales como hemorragia, frío, mareos. Estas señales no fueron percibidas como alarmantes, o al menos no motivaron la consulta, quizá debido a los temores de tener que referir la realización de la maniobra abortiva. También se relata en forma confusa la existencia de ciertas señales que no fueron atendidas en forma inmediata:

Dicen que tenía hemorragia, yo no sabía nada... (pareja de M24 TU R 31).

Una [amiga] de por allá que, cuando murió, se culpaba. Me dijo: “Es mi culpa porque ella me había contado que le salían gotitas de pus y yo como una boluda no le dije que se fuera al médico” (madre de M25 TU U 36).

En otros casos, si bien la decisión de buscar atención fue más próxima al momento de percepción del malestar (en el transcurso del mismo día), inicialmente los síntomas presentados fueron asociados a distintas causas y se intentó paliarlos en forma casera. Por ejemplo:

Ella empezó a perder un día antes de ir al hospital. Lo que pasa es que ella tenía una tendencia a tener anemia... (pareja de M9 ME U 31).

R: Ese día fui a la tarde a la casa de ella, y dice que le dolía un poco la cabeza, y yo...

E: ¿Usted recuerda a qué hora fue, más o menos, cuando ella le dijo, en qué horario le dolía la cabeza?

R: Habrá sido las... nueve de la noche “¿Querés que te lleve en auto?”, “No, si me voy a bañar y se me va a pasar”. Era calor, hacía un calor terrible, ese día (ex pareja de M17 SL U 35).

[...] ese día antes... había estado con mucha fiebre. Entonces se había levantado... y me dijo que había ido a la casa de Mercedes, que había estado en la casa de la madre, ese domingo antes. Venía a ser casi una semana... Y ella había ido el domingo y había comido ñoquis, tenían mucha salsa, y después, que se había comido el pellejito del pollo, que había estado en lo del hermano, que eso le había hecho mal al hígado (amiga-vecina de M21 SL U 35).

Los obstáculos que enfrentaron estas mujeres para buscar atención oportuna frente a las alarmas percibidas se asocian con la falta de “otros” para delegar el cuidado de los hijos, la au-

sencia de acompañamiento por parte de la pareja, y el ocultamiento del aborto realizado en situación de explotación sexual.

Algunas mujeres llegaron solas al servicio, al menos en el primer contacto, por haber sido abandonadas por su pareja o bien porque las condiciones laborales dificultaban el acercamiento con los familiares, como muestra el siguiente fragmento:

¡Y ella no me mandaba a avisar!, ni la patrona tampoco... Eso es lo que yo decía, ¿Por qué será que la patrona, si tiene una empleada, por qué no me manda a avisar que ella está enferma? ¡Y ella no me mandaba a avisar! Dice que ella no sabía... ¿Cómo no va a saber, le digo, si ella le decía que iba al doctor porque se encontraba mal...? (madre de M1 CH U 19).

En otros casos se destacan las estrategias que las propias mujeres desplegaron, armando una especie de red que les facilitara el acceso al servicio de salud. En esta instancia desempeñaron un importante rol “otros” que colaboraron en el proceso de búsqueda de atención –vecinos, niños y familiares–, encargándose de conseguir la ambulancia, llamando a otros familiares que luego hicieron de acompañantes, generalmente otras mujeres.

Entre las mujeres que fallecieron por otras causas se observa una más rápida reacción en el entorno familiar frente a las señales de alarma, ya que se decide buscar atención médica en forma inmediata. No obstante, también aparecen algunos obstáculos, entre ellos, la limitada oferta de los servicios públicos durante los fines de semana, la falta de medios de transporte, y el cuidado de los hijos (en ausencia de otro adulto protector), tal como relata uno de los entrevistados:

Yo le dije “No tengo cómo llevarla” y él [agente sanitario de la comunidad] me dijo que me conseguiría una bicicleta para que la lleve. Yo no pude llevarla a la tarde... Al día siguiente recién pudimos salir a buscar ayuda porque no sabía qué hacer con mis hijos (pareja de M6 FO R 32).

En otro caso, las dificultades de la mujer para acceder al tratamiento que se le indicó son atribuidas a su pareja, con quien tenía una relación marcada por la desigualdad. Desde que dejó su trabajo a pedido de él, tenía dificultades económicas, con evidentes consecuencias para su salud:

[...] como que ella tenía que irse a San Luis a hacerse los estudios, no tenía cómo viajar y él no la ayudaba... Y bueno, no sé, el marido me parece que era medio... que no la dejaba salir, porque ella siempre estaba acá. A veces quería salir a algún lado y... Llegaba él y ya no salía a ningún lado (hermana de M19 SL U 38).

En situaciones particulares las señales de alarma percibidas no fueron leídas con mayor urgencia, demorando la salida en búsqueda de atención. En una mujer, esta situación se combina con el no seguimiento del tratamiento indicado para el problema de salud que causa finalmente su muerte. En otro caso, la manifestación de señales de alarma al momento del alta por una intervención no relacionada con el embarazo –una biopsia– podría motivar la consulta tardía, da-

do que recientemente había sido autorizada la salida del sistema del salud. Esto se observa en el siguiente fragmento de la entrevista:

F: Cuando le dan el alta el sábado a las 14 estaba con pérdidas. Estuvo en cama, mal, con otro aspecto, a cada rato se levantaba al baño, devolvía. El domingo le di a las 3 de la tarde una compota, no había comido nada. Le habían dado dieta de comida. El lunes a las 7, llega Carlos [su hermano] de trabajar y se sintió un golpe en el baño, cuando ella se descompuso.

G: El domingo tiritaba, con escalofríos, tenía 39°. Cuando se descompuso el lunes, había sangre en el baño (hijos de M10 ME U O 48).

En el proceso de búsqueda de atención se destaca el acompañamiento familiar con el que contaron estas mujeres, a diferencia de aquellas que murieron por complicaciones de abortos provocados. Es frecuente que las primeras permanezcan acompañadas por su pareja y, en el caso de las más jóvenes, por sus padres.

Demora en llegar al servicio de salud

Una vez tomada la decisión, por parte de las mujeres que se realizaron un aborto, de buscar atención médica, el traslado hacia el centro sanitario se efectuó en forma particular o por medio del transporte del sistema de salud. En estas situaciones, el servicio prestado por las ambulancias no presentó demoras. Cuando el transporte estuvo a cargo de la mujer y/o de su grupo de allegados, aunque no fueran los medios más adecuados –automóvil, bicicleta– no encontraron demoras en el trayecto. En otros casos, recurrieron a medios de transporte público –ómnibus, remise, taxi–. La demora que se muestra en la siguiente situación es probable que se deba a dificultades económicas que hicieron postergar el gasto mayor que implicaba el viaje en taxi:

Luego de esperar un rato el ómnibus, decidieron tomar un taxi, llegaron a la sala de urgencia... (reconstrucción del relato del marido de M15 SJ U 25).

En la recepción y el tratamiento de la emergencia en el centro de salud u hospital se destacan los diagnósticos incorrectos, con tratamiento ambulatorio. En algunos casos, las mujeres o sus acompañantes reaccionaron exigiendo una atención más exhaustiva o la internación frente a los síntomas que padecían:

M: ...la mandaron de vuelta del hospital, viendo que tenía fiebre, que se tomara un Sertal...

E: ¿Eso es lo que le contaron?

M: Sí, que se tomara un Sertal, que sé yo qué... y que ella les decía “No, y ¿cómo me voy a ir si yo estoy con fiebre, cómo me voy a ir?” (madre de M20 SL U 29).

Viene el doctor [del centro de salud local] le mira nomás así, así le mira, me dice: “¡Ah!, Ésta del viernes lo que anda jodiendo, no sé lo que quiere –dice– ponganle un calmante y que la lleve a la casa”, dice. “¡No! –le digo– ¡Mire, yo quiero ver que lo... ¡Mire cómo está ella!, ¡Yo a la casa no la voy a llevar! Yo lo que quiero que me le internen y le pongan algo para contra la infección, ¡Si ella tiene infección! ¿Cómo la voy a llevar a la casa así como está? –le digo– ¡Mire como está ella muy agitada, cómo la voy a llevar a la casa, yo quiero que le interne y le cure”, le digo.

E: Y ¿Se la internó?

M: Y ¡Si! Me agarró y me internó, pero medio... en contra, digamos (madre de M1 CH U 19).

El último fragmento da cuenta de la ventaja de contar con soporte familiar en la gestión de la atención ya que, superando el maltrato y el abandono, esta mujer logra la internación de su hija, quien se había presentado sola en tres oportunidades anteriores sin obtener una atención adecuada.

Otra mujer, ante “chuscos” y dolor de estómago consultó en el dispensario, donde le diagnosticaron infección urinaria, le indicaron análisis y calmantes. Pocas horas después, con el agravamiento de los síntomas acudió a un hospital. En esta oportunidad, la búsqueda de atención médica hacia otro servicio se orientó, quizá, por la desconfianza en el tratamiento anterior, o tal vez por reconocer que el empeoramiento de su salud requería atención en un centro de mayor complejidad, haciendo evidente la demora en la que incurrió el dispensario al no atender adecuadamente ni derivar a tiempo a un servicio con mayor capacidad resolutive.

En relación con los insumos, sólo en un centro de salud se reconocen faltantes, que fueron resueltos por el grupo familiar solicitando ayuda económica para enfrentar el gasto. A pesar de conseguir los insumos –medicamentos y aguja– se presentó una demora, ya que al ser fin de semana se dificultó el hallazgo de una farmacia de guardia. Por otra parte, la aplicación de éstos fue demorada en el centro sanitario por estar el personal ocupado, según relata la informante:

Me trae y cuando me trae, le entrego y le digo yo “Acá está –le digo– yo quiero que me le ponga”. Me dice “¡Esperá! –dice– que estamos ocupados”. Todavía me hicieron esperar un montón para hacerle poner...” (madre de M1 CH U 19).

En cuanto al acceso a centros de mayor nivel de complejidad, se observan demoras en la derivación. Esto podría obedecer a un error en el diagnóstico –no percibiendo la emergencia– o al intento de continuar el embarazo, postergando el legrado que complete el aborto. En otros casos la orden de derivación parece haber sido oportuna, aunque no fue efectivizada en tiempo y forma, llegando a las cinco horas la espera por una ambulancia. En otros casos, el traslado fue realizado eficientemente en un medio de transporte particular.

Entre las mujeres que fallecieron por otras causas, se destacan las dificultades de transporte para acceder al sistema de salud frente una señal de alarma. Estos obstáculos significaron importantes demoras entre la población rural, que también carece de medios de comunicación: en un caso, el compañero de la mujer debe salir a caballo en búsqueda de la ambulancia, a una legua

de distancia. En otra situación, el transporte hacia el primer centro sanitario es resuelto con ayuda del agente de salud de la comunidad que presta su bicicleta.

En otros casos, las necesidades de transporte fueron resueltas a través de vehículos particulares o remises –sin demoras– y ambulancias (con demora de tres horas en una oportunidad). Tal como sucede en las situaciones de aborto, en la búsqueda de la atención se movilizan “otros” –familiares, vecinos y allegados– que colaboran de distintas formas: llamando a la ambulancia, prestando un vehículo, acompañando, etcétera.

En cuanto a la recepción y el tratamiento de la emergencia en el centro sanitario se observan varias dificultades que implican demoras en recibir atención adecuada. Entre ellas surgen: el diagnóstico errado y tratamiento ambulatorio con calmantes (por un período de hasta dos días y sin observar mejoría), y la escasa oferta de servicios de los centros sanitarios próximos –cerrados durante feriados y fines de semana, con escasez de profesionales/horas de atención, que demora la realización de la consulta. En el siguiente fragmento se observa la combinación de estas demoras, el sufrimiento de la joven embarazada y de sus padres, y la movilización de éstos en busca de atención:

P: Estuvo la niña más de media hora dentro la guardia y resulta que yo la sentía que se quejaba, que gritaba... y me entré a desesperar... Estuvimos una hora y le dan como de alta y preguntamos qué tenía y supuestamente era un ataque al hígado. Y uno que no sabe, que no entiende, sale con el mismo dolor. Entonces cuando volvimos acá, no la veíamos bien. Yo me voy a trabajar... y no sé por qué casualidad pego la vuelta a las 10 de la mañana y mi hija está nuevamente en la salita y estaba allá a los gritos y me dicen, ¿por qué no te buscás algún pibe para traerla acá a la casa? Y fui con un chico amigo.

M: Pero eso era ya más de la una porque no la atendieron enseguida porque no estaba la doctora, la ginecóloga. Ella empezaba a atender a la 1. Cuando la atendió era más de la 1. Mi hija estaba en la casa acá parada, con convulsiones y la traje con mi sobrina, ya no me caminaba, estaba lúcida pero en shock.

P: Ella no tenía ningún movimiento, y no era ella en ese momento. Entonces yo fui a buscar un vehículo, una camioneta para llevarla y dije “vamos a sacar un colchón porque ella no puede ir adelante sentada”. Entonces la bajamos en el hospital (padres de M12 ME U 18).

En otros casos se observa la negligencia por no internar a la mujer que había sido derivada –con orden escrita– y por derivar desde la guardia hacia el consultorio externo (postergando la atención de la emergencia). Frente a estas dificultades, algunas mujeres y/o sus familiares buscaron atención en otra institución.

Las dificultades en relación con los insumos se manifiestan en la ausencia de distribución de medicamentos para el tratamiento de problemas durante el embarazo (hipertensión, anemia) así como también en la ausencia de medicación requerida durante el manejo de la emergencia obstétrica. Esta última situación no fue conocida por la pareja de una mujer que en el proceso

de atención sufrió las consecuencias de la falta de insumos. Quien menciona la escasez es el médico tratante:

Llegué al hospital y ya me esperaba el doctor. La atendió, le puso remedios y me dice que hay peligro que el hijo venga antes (pareja de M6 FO R 32).

En ese momento no contábamos con útero-inhibidores, y fue medicada con venoclisis y antiespasmódicos en goteo (médico del hospital local, atención de M6 FO R 32).

En la atención de esta mujer, la derivación se vio afectada negativamente por las dificultades de transporte en el hospital local:

Al no ceder las contracciones... decido derivar a la paciente al hospital de mayor complejidad, hospital de cabecera del distrito de salud... a las 10.40. La ambulancia [del hospital local] desde hace una semana estaba fuera de servicio. Solicito la ambulancia del hospital [cabecera]. La ambulancia llega a las 14... y sale a las 14.20. [Llegaron a destino pasadas las 17. El camino, de 120 km, está en muy mal estado] (médico del hospital local, atención de M6 FO R 32).

En otros casos, la derivación se efectúa luego de una estadía de algunos días o bien no se realiza, decidiendo la mujer y su grupo familiar buscar atención médica en otra institución. El caso quizá más dramático es el de una mujer —de residencia rural, y próxima a la fecha de alumbramiento— a quien le indicaron un tratamiento para el cual debía trasladarse a 17 km. Sin embargo, no la derivaron:

El día 10 de mayo de 2002, faltando dos semanas para cumplir los nueve meses, pasa la hija por su casa y le comunica que estuvo en el hospital [local], a 6 km de su domicilio, porque se sentía un poco descompuesta... le dicen que tiene la presión muy alta y que tiene que concurrir al hospital Rawson, a 17 km. Pero la hija no hace caso de lo solicitado por el médico... su hija no hace reposo y concurre a su trabajo habitual [tareas rurales]. A las 22 del mismo día se descompone en la casa (reconstrucción del relato de madre de M14 SJ R 30).

Si bien la entrevistada parece encontrar las causas de esta demora en el comportamiento de su hija, por desobedecer las indicaciones médicas, la derivación desde el propio sistema de salud, es decir, la gestión del transporte y tratamiento necesarios, tal vez hubiera facilitado la atención de esta mujer, cuya causa de muerte (eclampsia) se relaciona con el problema diagnosticado y no tratado.

También hubo derivaciones llevadas a cabo con agilidad, tanto en la recepción de la emergencia como en el traslado en ambulancia. No obstante, entre ellas se encuentra una mujer que falleció en el trayecto a un hospital de mayor complejidad.

Demora en recibir tratamiento en el servicio de salud donde fallece

El ingreso de las mujeres que fallecieron a consecuencia de un aborto provocado en este servicio se concentra en el fin de semana. Algunas mujeres llegaron directamente desde su domicilio, y en transporte particular. En estos casos se presentó una demora en la recepción en el servicio, que retrasó el ingreso a la UTI, por ejemplo, hasta que se contactó a un profesional conocido, como muestra el siguiente fragmento:

[...] y recién a las 21, y gracias a que pasó por la sala de espera el médico que la conocía porque había atendido los partos anteriores, recibe atención. A las 21.30 es trasladada a la sala de terapia intensiva del mismo hospital (reconstrucción del relato del marido de M15 SJ U 25).

El tiempo de estadía de estas mujeres hasta el momento en que fallecieron fue inferior a las cuarenta y ocho horas. Pese a este corto período de internación que culminó con la muerte, hay que resaltar que, en un caso, pocas horas antes de este ingreso, la mujer había consultado en el mismo servicio, y había sido enviada a su casa con prescripción de calmantes, pero no de estudios.

Las mujeres que llegaron por una derivación al servicio donde fallecieron, es decir, que ya habían ingresado al sistema de salud, tuvieron una estadía de duración muy variable, desde unas pocas horas hasta trece días, habiendo pasado por la UTI e intervenciones de diverso tipo.

Respecto de la falta de insumos requeridos en la internación de las mujeres con abortos provocados, en un caso se resolvió con ayuda económica de los familiares. Las dificultades frente a las transfusiones de sangre necesarias fueron más graves, como se observa en el testimonio siguiente:

El día sábado, 21 de diciembre de 2002, le solicitaron donantes de sangre, los que consiguió dentro del grupo de amigos. Al ser fin de semana, no pudieron extraer la sangre a los donantes, por no estar los facultativos que debían hacer los controles necesarios. Los médicos le recomiendan a José trasladarse a [otro hospital], distante a 9 km de la ciudad para buscar las bolsas de sangre. Allí sólo le prestaron una, a pesar de haberle informado que necesitaban más cantidad (reconstrucción del relato del marido de M15 SJ U 25).

Las mujeres que fallecieron por otras causas llegaron al servicio donde se produjo el deceso directamente desde su domicilio o bien derivadas desde otro centro sanitario, por medio de transporte particular o en ambulancia.

A diferencia de lo observado entre las mujeres que fallecieron por abortos complicados, el ingreso de las mujeres muertas por otras causas maternas en el servicio donde fallecieron no se concentra en ningún momento particular de la semana.

En la recepción y el tratamiento de la emergencia se presentaron demoras en varios aspectos. Algunas mujeres tuvieron demoras en ser atendidas, sumándose a esto el maltrato de parte de algunos médicos. Frente a situaciones de este tipo resulta determinante la presencia de familiares que exigen mejor atención, como se observa en el fragmento que sigue:

Hasta las 8.15 no bajó el médico de guardia, la caba lo llamó cuatro veces... “Doctora, hace casi una hora tengo a mi mamá tirada en una cama y el médico no ha venido”. La doctora le tomó la presión... [médico de guardia] “¿Qué le pasa a la señora?” Le levantó la frazada y la miró y le dice “¡Súbala al primer piso. Estas viejas dicen que se están muriendo y no les pasa nada!”. Entonces yo lo agarré y le dije “Mirá macho, ya, quiero que te devolvás y la revisés como corresponde porque ella es mi madre”. Entonces volvió, la revisó y le tomó la presión... (hijo de M10 ME U 48).

Entre las dificultades de atención también surgen las vinculadas al desarrollo de un paro entre el personal de la institución, y la demora en presentarse en el servicio de un especialista crucial para la atención de una mujer con una patología preexistente conocida (lupus y HTA pulmonar). En este caso, también se observa una demora en la realización de un estudio (electrocardiograma) vinculado a esa patología y que causa luego la muerte, según refiere la entrevistada.

Otra importante demora en recibir atención en el lugar donde fallecieron estas mujeres se observa en relación con la falta de insumos (medicamentos, sangre, instrumentos, técnicos especialistas). Un profesional entrevistado detalló las dificultades vinculadas a la escasez de insumos que comprometieron –irreversiblemente– la vida de una mujer:

[...] tuvimos grandes inconvenientes con el tema insumos, demoramos bastante para poder realizar la venoclisis, debido a que no contábamos con elementos necesarios (sueros, perfus, butterfly, etcétera). También era necesaria una transfusión de sangre de urgencia pero no contábamos con aspirotransfusor... Era necesario realizar una operación cesárea... tuve que sacarle la vía y el suero a otro paciente para hacerle a esta señora... Tampoco contábamos con los medicamentos para la anestesia y el técnico anestesista estaba fuera del distrito. Para los familiares era imposible comprar nada (médico y director del hospital cabecera de distrito, atención de M6 FO R 32).

El tiempo de estadía de estas mujeres en el lugar donde fallecieron varía desde las pocas horas a las dos semanas. Muchas mujeres dieron a luz en este servicio, recibieron distintas intervenciones (operaciones, transfusiones, etcétera) y estuvieron algún tiempo en la UTI.

Percepción de la calidad de la atención recibida

Los entrevistados por mujeres fallecidas a causa de aborto mencionan la falta de agilidad en la recepción de la emergencia –demora en el ingreso a la UTI– y la atención inadecuada en la consulta anterior, en la que el diagnóstico fue erróneo y no se indicaron estudios que hubieran permitido arribar al diagnóstico acertado.

Entre los entrevistados por las mujeres fallecidas por otras causas, se observa una percepción altamente negativa de la calidad de la atención recibida en los distintos momentos de este proce-

so, siempre vinculada a la capacidad resolutive de los profesionales tratantes. Incluso cuando se reconoce el esfuerzo de los profesionales en la atención de la mujer, se señalan deficiencias en cuanto a la atención del niño por nacer y el contexto de carencia de insumos:

Yo opino que trabajaron mucho con mi mujer y no trabajaron nada con su hijo, y se murió porque no tenían remedios para operar, ni sangre para curarla (pareja de M6 FO R 32).

También se señalan irregularidades en la atención previa al desencadenamiento de la emergencia: práctica de biopsia sin indicación de medicamentos y luego el alta, a pesar de presentar hemorragias; mal examen y atención demorada en la guardia, y falta de detección de problemas durante el embarazo. En cuanto a esta última situación, se citan a continuación dos testimonios acerca de la misma mujer:

Claro, como ella estaba como intoxicada adentro... Claro, eso es lo que yo le explicaba a la doctora, yo le dije “Se ha hecho sacar ecografía ¿Y no sale ahí?”, “No —me dijo— eso no sale ahí”. Eso se lo decía yo, porque ellos se tenían que dar cuenta. Y dijo la doctora que no, que ahí no sale eso (madre de M18 SL U 16).

D: O sea, me explicaron que ella tendría que haber tenido familia a los siete meses.

E: Ahá. ¿Quién te explicó eso?

Diego: La... una doctora... La pediatra... Ella dijo que la nena tendría que haber nacido a los siete meses, porque ella había hecho caca (pareja de M18 SL U 16).

En cuanto al manejo de la emergencia obstétrica, se menciona la falta de responsabilidad de parte de un especialista (cardiólogo) en el caso de la mujer con enfermedad preexistente antes mencionada, y la poca destreza de la persona que atendió el parto, momento en el que surge la complicación:

Pero acá [centro sanitario local] parece que poco saben. Yo digo que si el parto le atendía X no le pasaba esto. [Nota: X es el enfermero que está a la noche, y que atendió exitosamente el primer parto de su mujer, cuando nació un niño de 4.150 g] (pareja de M3 CH R 16).

Los largos períodos de internación de algunas jóvenes, en los que tuvo lugar una serie de intervenciones, son objeto de gran sospecha por parte de sus padres. En el fragmento citado a continuación se observa la desconfianza que le merece la atención que recibió su hija, debido a las conductas alcohólicas adjudicadas al médico tratante:

P: Dice el Dr. Z que él en la mañana se toma un traguito de Fernet [...] Entonces le hacen el catéter y me quedó en duda, o puede haber sido la sangre, que no era el grupo sanguíneo, que eso le tapó los dos riñones. Se le tapó un riñón primero y después se le tapó el otro. Y voy y le pregunto a la enfermera y dice que es por la pastilla que le dio el Dr. Z. Quedó en duda eso,

de la pastilla... Fue mi mamá y la enfermera le dijo que el doctor le ha dado una pastilla mal. Después de la pastilla, allá en terapia intensiva, no me querían decir qué es lo que era. Y después me dice tiene muerte cerebral, líquido en los pulmones, el corazón le está funcionando muy poco. Entonces quedó la duda de qué había pasado. El catéter que le puso el médico, que le haya entrado aire al cerebro o los días que ella estuvo, que una persona se pone mal a los tres días y se empieza a hinchar porque le quedaron restos adentro. ¿Por qué la llevaron a sala de partos otra vez?... Queda en duda eso, quién fue que metió mano ahí o le hicieron mala praxis o qué fue (padre de M11 ME U 17).

Es posible que la falta de comunicación o el modo en que los profesionales de la salud se comunican con los familiares alimente sospechas y malos entendidos acerca de las prácticas realizadas, así como también puede dar lugar a una visión negativa del desempeño de los médicos, como se observa:

Nunca me dijeron nada ni la pude ver a mi mujer hasta que salió el doctor el 20 de febrero a la madrugada y me dijo “Tu mujer se murió... encárgate de tu hijo porque tu mujer fue”... Mejor no quiero seguir hablando de eso, porque tendría que hacerle un juicio a los doctores X y N y al ministro responsable de los dos hospitales. Me mataron a mi mujer (pareja de M8 FO U 20).

Asimismo, a posteriori de la muerte de las mujeres se suscitaron confusiones y fuertes sospechas acerca del tratamiento del cuerpo, en un caso vinculado al interés en los órganos de la joven fallecida. Se transcribe el relato de una mujer toba en el que se observa la presión que sintió para entregar el cuerpo de su hija:

E: Y cuando falleció, ¿quién le avisó?

M: El sábado... a las 12... sábado a las doce y quince, sale muchacho...

E: ¿Doctor o enfermero?

M: Enfermero.

E: ¿Qué le dijo?

M: Tu hija se terminó... quieren sacar todo que tenía, pero yo no quise, por eso me seguía, me seguía cuando iba a la morgue, él me seguía pero eso cuando vio que esa cosa no tiene, cuando parece que pasó se me mordió parece que los nervios que tengo...

E: ¿Querían estudiar qué enfermedad era?

M: El corazón parece o hígado, pero yo no quiere, le puse toda la ropa. Parece que quiere estudiar... pero yo le puse toda la ropa (madre de M4 CH U 16).

Aunque excede el alcance de este estudio, parece importante observar y reflexionar acerca de las representaciones que se generan de los servicios de salud en estas circunstancias, ya que probablemente tengan consecuencias en la atención de la salud del grupo familiar.

Comentarios finales

La situación de las mujeres que interrumpieron un embarazo se caracteriza por la falta de involucramiento de sus compañeros en el cuidado anticonceptivo y por el padecimiento de violencia por ellos ejercida. Esta asimetría opera como barrera clave para adoptar medidas anticonceptivas seguras y eficaces que les permitan evitar los embarazos no deseados y así, los abortos inseguros.

El riesgo que trae aparejado un aborto practicado en condiciones inseguras se potencia por la clandestinidad en la que se realiza y la condena social que lo rodea cuando se hace público. En este contexto social y legal, la búsqueda de atención médica ante las señales de alarma se demora. A pesar del silencio en el que se recluyeron las mujeres que decidieron interrumpir su embarazo, la posibilidad de contar con “otros significativos” agilizó el acceso y la obtención de atención médica.

El transporte hacia el centro de salud resultó un obstáculo importante que implicó demoras entre las mujeres residentes en zonas rurales, situación agravada por falta de medios para la comunicación (teléfono). En otros casos, el trayecto desde el domicilio al servicio de salud se realizó en medios poco adecuados (bicicleta), aunque sin demoras.

En la recepción en el servicio y el tratamiento de la emergencia, tanto en la atención de las mujeres que presentaban complicaciones de abortos como de las que fallecieron por otras causas, se destacan situaciones de diagnóstico erróneo, tratamiento ambulatorio con calmantes y demoras en efectuar la derivación a un centro de mayor complejidad. En algunos casos, si bien la derivación fue realizada oportunamente, su ejecución se retrasó debido a la falta de medios de transporte del propio sistema de salud, generando graves dilaciones. La falta de insumos, tanto de medicamentos e instrumentos como de sangre y personal técnico, observada en todos los niveles de atención, también significó importantes demoras.

Reflexiones finales y algunas recomendaciones

La tarea de formular recomendaciones para la política pública en salud reproductiva excede las posibilidades de este estudio y de los equipos que lo han llevado adelante. Por su naturaleza, esta tarea requiere un proceso de discusión de los resultados obtenidos con las autoridades sanitarias al tiempo que también demanda la construcción de consensos con los diversos actores que deben comprometerse activamente para una solución integral y eficaz del problema de la mortalidad materna, tanto desde el punto de vista de la salud pública como de los derechos humanos.

Esta investigación identificó provincias con elevadas tasas de mortalidad materna y estudió los factores que podían determinar la magnitud del problema. Entre las fortalezas de la metodología utilizada pueden señalarse la combinación de abordajes cualitativos y cuantitativos y la diversidad de dimensiones analizadas. Esta estrategia metodológica permitió identificar territorios más necesitados según sus características socioeconómicas y demográficas y, fundamentalmente, permitió analizar la muerte materna como un evento centinela. Si estos eventos fueran objeto de vigilancia brindarían la posibilidad de racionalizar los esfuerzos y recursos que se invierten, contribuyendo así a un mejor desempeño de los programas dirigidos directa o indirectamente a atender el problema de las muertes maternas.

La recolección sistemática de información para la acción o vigilancia de la salud conlleva el uso de diferentes metodologías para el mejoramiento de los análisis de situación de salud tanto a nivel central como local. La Argentina no cuenta con un sistema nacional para la vigilancia de las muertes maternas. Esto determina que, en muchas ocasiones, no se disponga de información que permita caracterizar adecuadamente el problema y tomar decisiones oportunas. Los resultados de esta investigación deben entenderse como un insumo para la organización de la vigilancia de las muertes maternas. Si bien hay diferentes iniciativas en cada una de las provincias, principalmente la conformación de Comités de Mortalidad Materna, estos esfuerzos no están actualmente integrados en un sistema nacional de vigilancia. En este sentido, nos permitimos enfatizar la necesidad de:

- Fortalecer las Unidades de Análisis y Monitoreo de la Salud (UNAMOS) existentes en las provincias o implementarlas donde no existan. Estas unidades facilitan la interacción entre la Dirección de Estadísticas e Información de Salud, los Programas Materno Infantiles y Nutricionales, y la Dirección de Epidemiología de cada una de las provincias, y de éstas con el nivel central. La interacción de estas áreas tiene como objeto una mejora continua de la calidad de los registros, los sistemas de notificación, el monitoreo de las muertes y la toma de decisiones.

- Generar una mayor conciencia colectiva sobre el problema de la mortalidad materna, involucrando a la comunidad y a organizaciones de la sociedad civil a nivel local. La sensibilización de la comunidad para responder a las necesidades de las mujeres y familias en situación de emergencia, así como las mejoras en la disponibilidad permanente de medios de transporte y de comunicación en los servicios de salud deberían formar parte de esta estrategia.
- Promover iniciativas de investigación para el estudio de la calidad del registro y de los determinantes de las muertes maternas, aprovechando la experiencia adquirida en este estudio a partir del desarrollo de protocolos probados y de habilidades técnicas incorporadas por los equipos provinciales.

Con respecto a la prevención y promoción de la salud, los resultados de este estudio muestran la necesidad de encarar o profundizar los siguientes objetivos:

- Fortalecer las acciones en prevención del embarazo no deseado a través de servicios de salud reproductiva que incluyan la consejería y provisión gratuita y sin discriminaciones de anticonceptivos de calidad, según las preferencias y necesidades de las mujeres, en consonancia con los objetivos fijados en la ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable y las leyes similares en las provincias. Estos servicios deberían ser capacitados para detectar y tratar apropiadamente situaciones de violencia contra la mujer.
- Promover la participación de los varones –jóvenes y adultos– en las decisiones anticonceptivas a través de actividades de información, educación y comunicación en salud reproductiva especialmente dirigidas a esta población. El fortalecimiento de los programas de salud reproductiva, con actividades de capacitación sobre género, salud reproductiva y violencia contra la mujer es sin duda imprescindible para este objetivo.
- Redefinir la estrategia de la red asistencial para que las derivaciones ocurran oportunamente y los servicios de salud donde se atiendan partos y/o complicaciones de abortos cuenten con disponibilidad permanente de profesionales capacitados, sangre, anestesia e insumos críticos para el manejo de la emergencia obstétrica, cuya eficacia está actualmente comprobada (el sulfato de magnesio para el manejo de los trastornos hipertensivos, la aspiración manual endouterina para completar los abortos, los antibióticos para el tratamiento de la sepsis y sangre segura y uterotónicos para las hemorragias). La capacitación continua de los equipos de salud con el fin de promover la utilización de procedimientos y tecnologías eficaces para tratar los problemas de la emergencia obstétrica debería formar parte de esta estrategia.
- Mejorar la accesibilidad a los servicios de salud, en especial para la población residente en zonas rurales, a través de un sistema de transporte y comunicación eficaces.
- Intervenir sobre el problema de las complicaciones de abortos inseguros. La importante contribución de las muertes por complicaciones de aborto a la mortalidad materna hacen necesario mejorar la capacidad técnica y la calidad del trato en el manejo de las complicaciones de abortos, asegurar la consejería y la provisión de anticonceptivos posaborto a las mujeres que se internan por complicaciones para prevenir la repitencia, e introducir la aspiración

manual endouterina para reducir el tiempo de internación y la morbilidad asociada a los legrados. Por último, la estrategia debería confluir hacia una revisión de las disposiciones legales sobre el aborto, dado que la evidencia muestra que la clandestinidad de su práctica expone a las mujeres, especialmente a las más pobres, a prácticas que ponen en riesgo su salud y su vida.

Desde los años ochenta diversos organismos están trabajando en la prevención de las muertes maternas, al punto de convertirla en una prioridad internacional. Muchos países en vías de desarrollo han hecho un significativo progreso en la expansión y el mejoramiento de los servicios de salud reproductiva para prevenir las muertes maternas. En América latina y el Caribe, diversas agencias han renovado sus esfuerzos en una estrategia para la reducción de la mortalidad materna en la región en el corto plazo y han definido áreas prioritarias de intervención. Entre ellas, apoyar los esfuerzos tanto a nivel nacional como local; poner a disposición servicios de salud materna de calidad; aumentar la demanda de servicios de alta calidad, asequibles y accesibles; promover la construcción de alianzas, y asegurar el apoyo financiero y la sostenibilidad económica de la atención de salud materna. Por su parte, la Argentina ha definido un Plan federal de Salud que contempla entre sus metas la reducción de la mortalidad materna, tanto en sus niveles globales como en las brechas entre jurisdicciones.

Si bien el contexto es favorable, existen otras razones por las cuales ocuparse de la muerte materna es impostergable: las muertes maternas son una expresión tanto de la violación de los derechos humanos de las mujeres, como de la desigualdad de género, y la mayoría de estas muertes son evitables. No es sólo una cuestión de acceso a los hospitales y centros de salud, o de calidad de la atención y de aparatología médica. El drama comienza mucho antes, en la falta de controles prenatales precoces y de calidad, en las carencias de la infancia temprana y en las condiciones insalubres del medio ambiente comunitario. Esto es notable no sólo en la comparación entre países ricos y pobres, sino también dentro de las fronteras nacionales.

En la Argentina se investiga y se publica poco sobre salud pública. Una explicación posible tiene que ver con la evolución del concepto de salud, desde una visión vinculada a las enfermedades y la muerte, a una concepción relacionada con las posibilidades de realización personal y colectiva de las poblaciones. Este desplazamiento descubre las limitaciones conceptuales, metodológicas y técnicas de los paradigmas dominantes y la necesidad de una reconceptualización de la salud pública. Quienes investigan no deberían desatender que la disponibilidad de información confiable es una condición *sine qua non* para el análisis, la evaluación objetiva de la salud, la toma de decisiones basadas en evidencia y la formulación de políticas (Ortiz, 2004). Tampoco deben olvidar que las desigualdades también se reflejan en otros aspectos, como la producción y el acceso a la evidencia científica.

Esta publicación es el producto de un trabajo multidisciplinario que cuidó rigurosamente la aplicación de métodos y técnicas de investigación y que se comprometió política y emocionalmente con el problema de las muertes maternas. El pensamiento científico que sustentó nuestro trabajo se aleja del pensamiento científico convencional que tiende a reducir la salud al plano de

la enfermedad, de lo individual y de los fenómenos empíricamente demostrables, en una concepción que Breihl define como típicamente determinista (Breilh, 2003).

Solo resta que la evidencia que este estudio pudo generar sea utilizada para despertar la voluntad política y orientar las decisiones necesarias para evitar las muertes maternas en la Argentina.

Referencias bibliográficas

- Área Salud, Economía y Sociedad, CEDES: “La salud y los derechos sexuales y reproductivos: 2000-2003, un período de avances y retrocesos”, en CELS, *Derechos humanos en la Argentina. Informe 2002-2003*, Buenos Aires, 2003.
- Breilh, J.: *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2003, primera edición.
- Carroli, G.; Rooney, C. y Villar, J.: “WHO program to map the best reproductive health practices: how effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity?”, en *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, vol. 15, suppl. 1, enero de 2001.
- Center for Population and Family Health: *Programa de Reducción de la Mortalidad Materna: Opciones y Planteamientos*, Nueva York, School of Public Health, Faculty of Medicine, Columbia University, 1992.
- Cimillo, E.: “La condición de indigencia en las crisis de 1989 y 2002”, Buenos Aires, SIEMPRO, en <http://www.siempro.gov.ar/informes/situacionsocial/informes2002/informes2002.htm>.
- Cook, R.; Dickens, B. M., Wilson, A. y Scarrow, S.: *Advancing Safe Motherhood through Human Rights*, World Health Organization, 2001.
- Cortigiani, M. R. *et al.*: “Estudio de la mortalidad materna. Análisis del subregistro de las muertes maternas en Capital Federal”, Buenos Aires, mimeo, 1986.
- Chandramohan, D. *et al.*: “The Validity of Verbal Autopsies for Assessing the Causes of Institutional Maternal Death”, en *Studies in Family Planning* 29, 4, 1998, págs. 414-422.
- Fathalla, M.: “El largo camino a la muerte materna”, en *People*, vol. 14, N° 3, 1987, traducción del Área de Salud, Economía y Sociedad, del CEDES.
- _____: “Society and reproductive life”, en K. Wijma y B. von Schoultz (eds.), *Reproductive life. Advances in research in psychosomatic obstetrics and gynaecology*. Proceedings of the 10th International Congress on Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, Nueva Jersey, The Parthenon Publishing Group, 1992, págs. 607-611.
- Gajalakshmi, V. *et al.*: “Verbal autopsy of 48,000 adults deaths attributable to medical causes in Chennai, India”, en *BMC Public Health* 2, 2002, pag. 7.
- Hennekens, C. H. y Buring, J. E.: *Epidemiology in Medicine*, cap. II, “Types of Epidemiologic Studies”, Six Case-Control Studies, Ed. Little, Brown & Co, 1987, primera edición, págs. 132-145.
- Hernández, B.; Langer, A.; Romero, M. y Chirinos, J.: “Factores asociados a la muerte materna hospitalaria en el estado de Morelos”, en *Salud Pública de México*, 36, 1994, págs. 521-528.
- Kane, T. *et al.*: “Maternal Mortality in Giza, Egypt: Magnitude, Causes and Prevention”, en *Studies in Family Planning* 23, 1, 1992, págs. 45-57.

- Koblinsky, *et al.*: “Mother and more: a broader perspective on women’s health”, en M. Koblinsky, J. Timyan y J. Gay, *The health of women. A global perspective*, Boulder, Westview Press, Inc., 1993.
- Lachin, J.: *Biostatistical Methods. The Assessment of Relative Risks*, Nueva York, John Wiley & Sons, Inc., 2000.
- Langer, A. *et al.*: “Identifying Interventions to Prevent Maternal Mortality in Mexico: A Verbal Autopsy Study”, en M. Berer y TK Sundari Ravindran (comps.), *Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues, Reproductive Health Matters*, 2000.
- Langer, A. y Espinoza, H.: “Embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América latina y el Caribe”, en *Nuevos desafíos de la responsabilidad política*, Cuadernos del Foro de la Sociedad Civil en las Américas, año 4, N° 5, Buenos Aires, CEDES-FLACSO-CELS, 2002.
- Maine, D.; Akalin, M.; Ward, V. y Kamara, A.: *The Design and Evaluation of Maternal Mortality Programs*, Nueva York, Center for Population and Family Health, School of Public Health, Columbia University, 1997.
- Maine, D.: *Programas de Reducción de la Mortalidad Materna: Opciones y Planteamientos*, Center for Population and Family Health, School of Public Health, Columbia University, 1997.
- _____: “What’s so special about maternal mortality?”, en M. Berer y TK Sundari Ravindran (comps.), *Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues, Reproductive Health Matters*, 1999.
- Ministerio da Saúde: Mortalidade-Brasil, en www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/defptohtm.exe?sim/cnv/obtuf.def
- Ministerio de Salud y Acción Social, Programa Nacional de Estadísticas de Salud: *Mortalidad materna en áreas seleccionadas*, Serie 8, Análisis de datos, N° 13, Buenos Aires, 1985.
- Ministerio de Salud y Acción Social-Secretaría de Salud-OPS/OMS: *Estudio de la mortalidad materna. Análisis del subregistro de las muertes maternas en Capital Federal (1985)*, Buenos Aires, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Dirección de Estadísticas de Salud, 1989.
- Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadística e Información de Salud. Programa Nacional de Estadísticas de Salud: *Modelos de formularios e instructivos del sistema de estadísticas vitales*, Buenos Aires, 2001.
- Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Programa Nacional de Estadísticas de Salud: *Estadísticas vitales 2001*, Buenos Aires, 2002.
- Ministerio de Salud - Representación en Argentina de la OPS-OMS, Situación de Salud en Argentina 2003, en http://www.ops.org.ar/Files/situacion_2003.pdf.
- OPS: *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*, décima revisión (CIE-10), Washington D.C., 1995.
- OPS/OMS: *Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas*, 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 54ª Sesión del Comité Regional, Washington D.C., del 23 al 27 de septiembre de 2002.
- Ortiz, Z.: “Es hora de investigar y publicar sobre salud pública en Argentina”, editorial en *Revista Medicina*, N° 64, 2004, págs. 84-86.
- PAHO: *Reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas: Consenso Estratégico Interagencial para América latina y el Caribe*, Washington D.C., 2003.

- Ramos, S. y Viladrich, A.: *Abortos hospitalizados. Entradas y salidas de emergencia*, Buenos Aires, CEDES, 1993.
- Ramos, S.; Gogna, M.; Petracci, M.; Romero M. y Szulik, D.: *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto ¿Una transición ideológica?*, Buenos Aires, CEDES, 2001.
- Ramos, S. y Gutiérrez, M. A. (eds.): *Nuevos desafíos de la responsabilidad política*, Buenos Aires, CEDES-CELS-FLACSO, 2002.
- Ravindran, S. y Berer, M.: “Preventing Maternal Mortality: evidence, resources, leadership, action”, en M. Berer y TK Sundari Ravindran (comps.), *Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues, Reproductive Health Matters*, 1999.
- Royston, E. y Armstrong, S.: *Preventing Maternal Deaths*, Ginebra, WHO, 1989.
- Schlesselman, J.: *Case-control studies: design, conduct and analysis*, Oxford, Oxford University Press, 1982.
- SIEMPRO (Sistema de Información y Monitoreo de Programas Sociales), Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales: Informe de la situación social de la provincia del Chaco, octubre de 1998-octubre de 2002, en www.siempro.gov.ar.
- Sloan, N. et al.: *The etiology of maternal mortality in developing countries: what do verbal autopsies tell us?*, Bulletin of the World Health Organization, 79, 2001, págs. 805-810.
- UNICEF: Maternidad sin riesgos, en www.unicef.org/mexico/programa/mortalidad.htm, 2004.
- United Nations: *Millennium Development Goals, Data and Trends*, 2002, Report of the Inter-Agency Expert Group on MDG Indicators, Nueva York, abril de 2002, en http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/mdg_report.pdf.
- Villar, J. y Bergsjö, P.: *Scientific basis for the content of routine antenatal care*, Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 76, 1997, págs. 1-14.
- WHO: *Prevention of maternal mortality. Report of a WHO Interregional Meeting*, Ginebra, del 11 al 15 de noviembre de 1985, FHE/86.1, 1986.
- WHO: *World Health Day 1998*, WHD 98.2, Ginebra, 1998.
- WHO: “Reduction of Maternal Mortality”, A joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank Statement, Ginebra, 1999.
- WHO: *Maternal Health Around the World*, en www.safemotherhood.org/facts_and_figures/health_around_the_world.htm, 2000.
- WHO: *Maternal Mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA*, en www.who.int/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2000, 2004.

Referencias bibliográficas consultadas

- Althabe, O.; Vinacur, P. y Althabe, F.: Comentarios y notas técnicas, en *La mortalidad materna en Argentina*, Buenos Aires, Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Estadísticas de Salud, 1987.
- Álvarez Cáceres, R.: *El método científico en las ciencias de la salud*, cap. 4 “Análisis del riesgo”, págs. 83-117; cap. 5 “Introducción al diseño. Tipo de estudios”, págs. 119-147; cap. 6 “Validez de los estudios científicos. Precisión y sesgos”, págs. 149-184, Madrid, Díaz de Santos S.A., 1996.

Berg, C.; Danel, I. y Mora, G.: *Guías para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna*, Organización Panamericana de la Salud, 1998.

Berg, C.; Danel, I. *et al.*: “Strategies to Reduce Pregnancy-Related Deaths. From Identification and Review to Action”, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, 2001.

Buekens, P.: *Is estimating maternal mortality useful?*, Bulletin of the World Health Organization, vol. 79, Nº 3, 2001, pág. 179.

Garenne, M.; Mbaye, K.; Bah, M. D. y Correa, P.: “Risk factors for maternal mortality: a case-control study in Dakar hospitals (Senegal)”, en *African Journal of Reproductive Health*, 1(1), 1997, págs. 14-24.

Graham, W. J.: “Now or never: the case for measuring maternal mortality”, en *Lancet*, 359, 2002, págs. 701-704.

INAPSA: *Estudio de la mortalidad materna. Provincia de Mendoza, Años 1993-1994-1995*, Ministerio de Salud, 1997.

Mahler, T. H.: “The Safe Motherhood Initiative: a call to action”, en *Lancet*, Nº 1, 1987, págs. 668-670.

OPS: *Evaluación del Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna*, Washington, D.C., 1996.

OPS/OMS: *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*, décima revisión, vol. 2, Washington, D.C., 1995.

SIEMPRO (Sistema de Información y Monitoreo de Programas Sociales), Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales: Informe de la situación social de la provincia de Formosa, octubre de 1998-octubre de 2002, en www.siempro.gov.ar.

SIEMPRO (Sistema de Información y Monitoreo de Programas Sociales), Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales: Informe de la situación social de la provincia de Mendoza, octubre de 1998-octubre de 2002, en www.siempro.gov.ar.

SIEMPRO (Sistema de Información y Monitoreo de Programas Sociales), Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales: Informe de la situación social de la provincia de San Juan, octubre de 1998-octubre de 2002, en www.siempro.gov.ar.

SIEMPRO (Sistema de Información y Monitoreo de Programas Sociales), Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales: Informe de la situación social de la provincia de San Luis, octubre de 1998-octubre de 2002, en www.siempro.gov.ar.

SIEMPRO (Sistema de Información y Monitoreo de Programas Sociales), Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales: Informe de la situación social de la provincia de Tucumán, octubre de 1998-octubre de 2002, en www.siempro.gov.ar.

Stanton, C. *et al.*: *Every death counts: measurement of maternal mortality via a census*, Bulletin of the World Health Organization, vol. 79, 2001, págs. 657-664.

Anexo

Directorio de recursos web especializados en salud materna

El Centro de Información del Cedes (CI-CEDES) tiene como propósito contribuir al desarrollo de las actividades institucionales de investigación, capacitación y *advocacy*. Asimismo se propone brindar servicios a terceros, por medio del mejoramiento de acceso a los recursos especializados en salud materna, disponibles en la web.

Este servicio se encuentra en su etapa inicial y en permanente actualización, para lo cual agradecemos sus sugerencias sobre la creación y/o modificación de recursos a cicedes@cedes.org

La información se encuentra organizada en categorías y subcategorías ordenadas alfabéticamente. Para cada una de ellas se consigna la dirección web y una breve reseña del contenido. Finalmente se indica el tipo de archivo de que se trata y el idioma en el que se encuentra.

- 1. Recursos informativos**
 - 1.1. Bases de datos**
 - 1.2. Bibliotecas y centros de información**
 - 1.3. Bibliotecas virtuales**
 - 1.4. Buscadores generales**
 - 1.5. Buscadores de recursos y revistas**
 - 1.6. Herramientas**
- 2. Publicaciones**
 - 2.1. Generales**
 - 2.2. Informes**
 - 2.3. Boletines y gacetillas informativas**
 - 2.4. Diccionarios y enciclopedias**
- 3. Recursos institucionales**
 - 3.1. Asociaciones, federaciones y fundaciones**
 - 3.2. Organismos gubernamentales**
 - 3.3. Organismos internacionales**
 - 3.4. Universidades y centros de investigación**
 - 3.5. Redes**
- 4. Ordenamiento temático - Tópicos**
 - 4.1. Anticoncepción**
 - 4.2. Embarazo y maternidad**

¹ Los archivos PDF requieren el Acrobat Reader para su lectura; los archivos ZIP, necesitan el Winzip para ser descomprimidos. Ambos programas son gratuitos. Para mayor información véase el apartado 1.6 Herramientas.

- 4.3. Género
- 4.4. Legislación
- 4.5. Mortalidad materna
- 4.6. Salud reproductiva

1. Recursos informativos

1.1. Bases de datos

- ◄ **Búsqueda en la Biblioteca Cochrane** <<http://cochrane.bireme.br/>>
Biblioteca especializada en medicina basada en la evidencia (en español)
- ◄ **Búsqueda en Medline** <<http://www.infodoctor.org/rafaabravo/busmedline.html>>
Interfase de búsqueda en Medline en español
- ◄ **Búsqueda en LILACS** (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la salud)
<http://bases.bvs.br/public/scripts/php/page_show_main.php?home=true&lang=es&form=simple>
Metabusador en las bases disponibles en BIREME, incluye Medline (en español)
- ◄ **International Digest of Health Legislation** <<http://www.who.int/idhl/>>
Publicación de la Organización Mundial de la Salud, que contiene una selección de legislación sanitaria internacional. Ofrece diferentes opciones de búsqueda (en inglés y en francés)
- ◄ **Medscape. HIV/AIDS** <<http://www.medscape.com/hiv-aidshome>>
Este sitio ofrece publicaciones, noticias, resúmenes de eventos científicos, bases de datos, artículos a texto completo, listas de discusión, entrevistas a especialistas e informaciones actualizadas sobre el VIH/SIDA (en inglés)
- ◄ **POPLINE database** <<http://db.jhuccp.org/popinform/index.stm>>
Base de datos sobre salud reproductiva (en inglés y español)
- ◄ **PubMed Central Home** <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/>>
Base de datos de artículos de publicaciones biomédicas de la Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. (en inglés)

1.2. Bibliotecas y centros de información

- ◄ **Biblioteca Profamilia** <<http://www.profamilia.org.co/profamilia/P4/p4.6.html>>
Biblioteca Programa Profamilia de Colombia (en español)
- ◄ **Biblioteca salud reproductiva OMS** <http://www.who.int/reproductive-health/rhl_es/index.html>
Biblioteca de salud reproductiva de la Organización Mundial de la Salud (en inglés y español)
- ◄ **Centro de Información de CEDES** (Centro de Estudios de Estado y Sociedad)
<<http://www.cedes.org/informacion/novedades.html>>
CI-CEDES ofrece servicios de búsqueda y obtención del documento en fuentes locales, nacionales e internacionales (en español)

1.3. Bibliotecas virtuales

- ◄ **Biblioteca Virtual de Saúde Reprodutiva. BVSR** <http://www.prossiga.br/fsp_usp/saudereprodutiva/>
Contiene información sobre salud reproductiva en Brasil (en portugués)
- ◄ **BVS Adolec Regional** <<http://www.adolesc.org/>>
Biblioteca Virtual en Salud sobre Adolescencia Regional (en español)
- ◄ **BVS Argentina** <<http://www.bvs.org.ar>>
Biblioteca Virtual en Salud Argentina (en español)
- ◄ **BVS CLAP Perinatal** <<http://perinatal.bvsalud.org/>>
Biblioteca Virtual sobre Salud Perinatal (en español)

- « **BVS Genero y salud** <<http://genero.bvsalud.org/html/es/home.html>>
Biblioteca Virtual sobre Género y Salud Regional (en español)
- « **CLACSO** <<http://www.clacso.org/wwwclacso/espanol/html/biblioteca/fbiblioteca.html>>
Biblioteca Virtual del Centro Latinoamericano de Ciencias Sociales (en español)

1.4. Buscadores generales

- « **Google** <<http://www.google.com>>
Buscador general de información disponible en Internet (en inglés y español)
- « **Vivísimo Clustering Engine** <<http://vivisimo.com>>
Metabuscaador general que categoriza los resultados de búsqueda (en inglés)

1.5. Buscadores de recursos y revistas

- « **Buscadores médicos** <<http://www.intermedicina.com/Servicios/Buscadores Medicos.htm>>
Listado de Buscadores médicos (en español)
- « **BuscaSalud** <<http://www.buscasalud.com/>>
Brinda acceso a enlaces para sitios web relacionados con medicina, medicina alternativa y basada en evidencia, enfermería, psicología, farmacia, veterinaria, odontología, cursos y congresos, enfermedades, discapacidades, e información al paciente, y noticias, rutas saludables, foros y chat, artículos, y FAQs (en español)
- « **BVS Argentina - Textos completos** <<http://www.bvs.org.ar/revel.htm>>
Buscadores de textos completos de la BVS Argentina (en inglés y español)
- « **Directory of open access journals** <<http://www.doaj.org>>
Directorio de revistas de libre acceso (en inglés)
- « **HighWire - Free Online Full-text Articles** <<http://highwire.stanford.edu/lists/freeart.dtl>>
Búsqueda de artículos gratuitos disponibles en línea a texto completo (en inglés)
- « **Infodoctor** <<http://www.infodoctor.org/enlaces.htm>>
Recursos sobre medicina y buscador de revistas gratuitas en la web (en español)
- « **Latindex: Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal** <<http://www.latindex.unam.mx/>>
La misión del Sistema es difundir, hacer accesible y elevar la calidad de las publicaciones científicas seriadas producidas en la región, a través de los recursos compartidos (en español)
- « **Links** <<http://www.linkagesproject.org/links/index.php>>
Presenta links relativos a diferentes tópicos de la salud familiar: salud reproductiva, planificación familiar, salud y población HIV/SIDA, salud materno-infantil, permitiendo el acceso al texto completo de revistas (en inglés)
- « **Lista alfabética Scielo Salud Pública** <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_alphabetic&lng=es&nrm=iso>
Lista alfabética de las revistas disponibles en texto completo gratuitas en Scielo (en español)
- « **LookSmart's FindArticles - Browse by Subject Health & Fitness**
<http://www.findarticles.com/cf_0/Pl/subject.jhtml?topic=health>
Búsqueda de artículos sobre salud (en inglés)
- « **Recursos sobre salud reproductiva** <http://www.rhoespanol.org/html/rh_resources.htm>
Recursos sobre salud reproductiva (en español)
- « **Reproductive resources** <<http://www.who.int/reproductive-health/publications>>
Publicaciones y boletines sobre salud reproductiva de la OMS (en inglés)
- « **The Free Medical Journals Site** <<http://www.freemedicaljournals.com>>
Búsqueda de revistas gratuitas disponibles en línea a texto completo (en inglés)

1.6. Herramientas

- « **Acrobat Reader** <<http://www.adobe.com/support/downloads/main.html>>
- « **Epi Info en español** <<http://www.cica.es/epiinfo/>>
Epi Info es un programa de dominio público diseñado por el Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta (CDC) para la vigilancia epidemiológica (en español)
- « **Free Translation and Professional Translation Services** <<http://www.freetranslation.com/>>
- « **Tutorial de búsqueda en Medline** <<http://www.infodoctor.org/rafabravo/pubmedhelpcastellano.html>>
Tutorial de búsqueda en Medline (en español)
- « **Winzip** <<http://www.winzip.com/ddchomeb.htm>>

2. Publicaciones

2.1. Generales

- « **A manual for the management of HIV infections in infants, children and adolescents**
<<http://www.mcg.edu/PedsOnL/ForHealthProf/PedAids/Index.htm>>
Una guía breve de la información esencial y actual a médicos para el diagnóstico, clasificación, y tratamiento de niños, y adolescentes que pueden contraer o tienen la infección de VIH/SIDA (en inglés)
- « **Advancing safe motherhood through human rights**
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/RHR_01_5_advancing_safe_motherhood/RHR_01_05_table_of_contents_en.html>
Describe las dimensiones de la maternidad insegura, las causas, el sistema de salud y los factores sociolegales, y las obligaciones gubernamentales para llevarlos a cabo, y explica un rango de derechos humanos específicos que pueden aplicarse a la maternidad segura de antemano (en inglés)
- « **Antenatal care in developing countries: promises, achievements and missed opportunities**
<http://www.who.int/reproductive-health/docs/antenatal_care.pdf>
Analiza la importancia del cuidado prenatal en países en vías de desarrollo (PDF) (en inglés)
- « **Antenatal care: report of a technical working group**
<http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_96_8/MSM_96_8_table_of_contents.en.html>
Examina cómo perfeccionar el cuidado prenatal en cuanto a las tareas clínicas y procedimientos en los diferentes niveles de atención (en inglés)
- « **Care in normal birth: report of a technical working group**
<http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_96_24/MSM_96_24_table_of_contents.en.html>
Guías relacionadas con los aspectos de cuidado en el embarazo y nacimiento (PDF) (en inglés)
- « **Clinical management of abortion complications: a practical guide**
<http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_94_1/MSM_94_1_table_of_contents.en.html>
<http://www.who.int/reproductive-health/publications/FrenchMSM_94_1/MSM_94_1_table_of_contents_fr.html>
(en inglés y en francés)
- « **Embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América latina y el Caribe**
<<http://www.cedes.org/descarga/desafios.zip>>
En *Nuevos desafíos de la responsabilidad política*, Cuadernos del Foro de la Sociedad Civil en las Américas, año 4, N° 5, CEDES-FLACSO-CELS, Buenos Aires, 2002 (ZIP) (español)
- « **Experiencias innovadoras en salud reproductiva: la complementación de las ciencias médicas y sociales**
<<http://www.cedes.org/descarga/experiencias.zip>>
Este libro reúne un conjunto de estudios, experiencias y reflexiones que ilustran la posibilidad y potencialidad del diálogo entre las ciencias sociales y las ciencias biomédicas (ZIP) (en español)

- « **Feminidades y masculinidades: estudio sobre salud reproductiva y sexualidad en Argentina, Chile y Colombia**
 <http://www.cedes.org/descarga/fem_masc.zip>
 En conjunto, los hallazgos ilustran con claridad que el género, característica esencial de la identidad, moldea significativamente la forma en que varones y mujeres se conciben a sí mismos y conciben sus alternativas de acción en aspectos tan fundamentales como la vida sexual, la reproducción y el ejercicio de la maternidad/paternidad (ZIP) (en español)
- « **Integrating sexually transmitted infections (STI) management into family planning services: what are the benefits**
 <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/RHR_99_10_integrating_stis_into_fp_services/RHR_99_10_table_of_contents.htm>
 Esta revisión documenta la experiencia disponible en la integración de la administración de STI en servicios de planificación familiar, y clarifica los beneficios sanitarios de esta integración, destacando los cambios operacionales (en inglés)
- « **Is estimating maternal mortality useful?**
 <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862001000300002>
 En Bulletin of the World Health Organization, vol. 79, N° 3, 2001, pág. 179.
- « **Lo esencial de la tecnología anticonceptiva: Un manual para personal clínico**
 <<http://www.infoforhealth.org/pubs/ect/spanish/index.shtml>>
 Un manual para el personal clínico preparado por el Proyecto de INFO que publica Population Reports®. De distribución gratuita en países en desarrollo (en español, en inglés y en francés)
- « **Los derechos reproductivos en la Argentina** <<http://www.ispm.org.ar/documentos/doc002.htm>>
 Revisión del marco normativo de los derechos reproductivos en nuestro país, un análisis crítico de los textos de la Constitución Nacional, de los tratados y de los compromisos internacionales asumidos por la Argentina en la materia, de sus diferentes interpretaciones y reservas (en español)
- « **Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto ¿Una transición ideológica?**
 <<http://www.cedes.org/descarga/medicos.zip>>
 Este libro presenta los resultados de un estudio que generó el primer cuadro de situación acerca de las opiniones sobre la salud reproductiva de los profesionales más directamente vinculados a la atención médica de las mujeres de los sectores urbanos de menores recursos económicos: los tocoginecólogos que se desempeñan en la red asistencial pública de la ciudad de Buenos Aires y de seis partidos del Gran Buenos Aires (ZIP) (en español)
- « **Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors**
 <<http://www.who.int/reproductive-health/impac/index.html>>
 <http://www.who.int/reproductive-health/mcpc_fr/index.html>
 Este manual está escrito para parteras y médicos (en inglés y en francés)
- « **Millennium Development Goals** <<http://www.developmentgoals.org/>>
 Las Metas de Desarrollo para el nuevo Milenio comprometen a la comunidad internacional a una visión extendida de desarrollo, promueven el desarrollo humano como la llave a sostener el progreso social y económico en todos los países, y reconocen la importancia de crear una sociedad global para el desarrollo (en inglés)
- « **Nuevos desafíos de la responsabilidad política, Cuadernos del Foro de la Sociedad Civil en las Américas, año 4, N° 5, CEDES-FLACSO-CELS, Buenos Aires, 2002.** <<http://www.cedes.org/descarga/desafios.zip>>
 En este libro se presentan tres temas de especial relevancia para la agenda de los derechos humanos en América latina: la violencia contra la mujer, el VIH/SIDA y el embarazo no deseado (ZIP) (en español)
- « **Paquete Madre/Bebé: Implementando la maternidad segura en los países. OPS**
 <<http://165.158.1.110/spanish/hpp/downloads/mothbaby.pdf>>
- « **Plan estratégico interagencial para la reducción de la mortalidad materna en América latina y el Caribe**
 <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/statement_spa.pdf>
 Declaración final firmada por los representantes de las agencias participantes (PDF) (en español)

- « **Plan Federal de Salud** <http://www.msal.gov.ar/htm/site/institucional_planfederal.asp>
Ministerio de Salud de Argentina (PDF) (en español)
- « **Post-abortion family planning: a practical guide for programme managers.**
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/RHT_97_20_post-abortion_family_planning/RHT_97_20.en.abstract.html>
<http://www.who.int/reproductive-health/publications/French_RHT_97_20/RHT_97_20_abstract.fr.html>
<http://www.who.int/reproductive-health/publications/Spanish_RHT_97_20/RHT_97_20_contents_sp.html>
Cubre cada uno de los puntos programáticos importantes que los administradores de programa deben considerar y/o deben llevar a cabo para proporcionar servicios de calidad en la planificación familiar posaborto (en inglés, en español y en francés)
- « **Preventing Maternal Mortality: evidence, resources, leadership, action.**
<<http://www.rhmjournal.org.uk/PDFs/sundari2.pdf>>
en M. Berer y TK Sundari Ravindran (comps.), Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues, Reproductive Health Matters, 2000 (PDF) (en inglés)
- « **Preventing maternal mortality through emergency obstetric care** <http://www.dec.org/pdf_docs/PNACB231.pdf>
Describe la utilización de los cuidados obstétricos de emergencia (EOC) para prevenir las muertes maternas (en inglés)
- « **Programa de salud reproductiva para adolescentes: los casos de Buenos Aires, México, D.F. y San Pablo**
<<http://www.cedes.org/descarga/adolescentes.zip>>
Este libro analiza la experiencia de programas y servicios de salud reproductiva para adolescentes en tres importantes ciudades de América latina: Buenos Aires, México D. F. y San Pablo (ZIP) (en español)
- « **Reduction of maternal mortality - a joint WHO / UNFPA / UNICEF / World Bank statement**
<http://www.who.int/reproductive-health/publications/reduction_of_maternal_mortality/reduction_of_maternal_mortality_contents.htm>
<http://www.who.int/reproductive-health/publications/mortalite_maternelle/mortalite_maternelle_contents.fr.html>
Identifica los problemas involucrados en la selección de intervenciones apropiadas, las políticas y acciones que son esenciales para reducir la muerte materna, la importancia del acceso a los servicios de salud, y los cuidados apropiados a lo largo del embarazo y parto. Los cambios sociales y culturales que pueden hacerse a nivel de la comunidad en el apoyo de acciones por el sector (en inglés y en francés)
- « **Reproductive Health Matters** <<http://www.rhmjournal.org.uk/>>
Publicación periódica que analiza diferentes tópicos de la salud reproductiva y brinda algunos números en texto completo gratuitos. La totalidad de la colección se podrá consultar en el Centro de Información del CEDES (en inglés)
- « **Safe motherhood: a review of the evidence** <<http://www.jsiuk.com/publications.htm>>
Evidencias sobre la atención de la salud materna (PDF) (en inglés)
- « **Serie Nuevas perspectivas sobre la calidad de la atención**
<<http://www.prb.org/SpanishTemplate.cfm?Section=Portada&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=7622>>
Serie Nuevas Perspectivas sobre calidad de atención del Population Reference Bureau (en español)
- « **Strategies to Reduce Pregnancy-Related Deaths. From Identification and Review to Action**
<<http://www.cdc.gov/reproductivehealth/pdf/Strategies.pdf>>
(PDF) (en inglés)
- « **Studying unsafe abortion: a practical guide**
<http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_96_25/MSM_96_25_table_of_contents_en.html>
<http://www.who.int/reproductive-health/publications/French_MSM_96_25/MSM_96_25_table_of_contents.fr.html>
Proporciona una guía de estudios de la investigación sobre los problemas de aborto inseguro (en inglés)

- « **The etiology of maternal mortality in developing countries: what do verbal autopsies tell us?**
<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004296862001000900004&lng=en&nrm=iso&tlng=en>
En Bull World Health vol.79 no.9 Ginebra 2001 (en inglés)
- « **Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva. OMS**
<<http://www.cedes.org/descarga/manual.zip>>
Este manual de capacitación para ser utilizado con directores y responsables del área de salud se propone mejorar la comprensión de los participantes respecto del género y los derechos, con el fin de que puedan planificar programas y servicios más efectivos (en español)
- « **Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of a mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data - third edition**
<http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_97_16/MSM_97_16_table_of_contents_en.html>
Este documento presenta los datos globales de la incidencia de mortalidad debido al aborto inseguro. Las tablas provienen de distintas fuentes. Se incluye una descripción de los recursos y métodos usados (en inglés)
- « **Womens' opinions on antenatal care in developing countries: results of a study in Cuba, Thailand, Saudi Arabia and Argentina** <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-3-17.pdf>>
(PDF) (en inglés)

2.2. Informes

- « **"El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud",**
Resumen Ejecutivo del Estudio Colaborativo Multicéntrico 2003-2004, a cargo del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (PDF) (en español)
- « **Evaluación del impacto y costos de los programas de salud**
<<http://www.msal.gov.ar/htm/site/zip/Inf.Fin.MMyP.zip>>
Informe final del Estudio Colaborativo Multicéntrico sobre mortalidad materna perinatal 2002, del Centro INUS y Ministerio de Salud (ZIP) (en español)
- « **Every death counts: measurement of maternal mortality via a census**
<www.cpc.unc.edu/measure/publications/pdf/ja-01-19.pdf>
Censo sobre mortalidad materna (PDF) (en inglés)
- « **Informe sobre la salud en el mundo, 2004 - cambiemos el rumbo de la historia**
<<http://www.who.int/whr/2004/download/es/>>
<<http://www.who.int/whr/2004/download/en/index.html>>
<<http://www.who.int/whr/2004/download/fr/index.html>>
Describe la propagación mundial del VIH/SIDA y expone la necesidad de integrar la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo a las personas afectadas por el virus. Presenta también información acerca de la participación de la comunidad, del refuerzo de los sistemas de salud, y la división de investigaciones y conocimientos. (PDF) (en español, en inglés y en francés)
- « **Maternal and child health needs assessment 2001**
<http://www.maricopa.gov/public_health/Mch/PDF/MCH_Full_Document.pdf>
Informe sobre la salud materna y del niño, metas 2001: el perfil social y demográfico, la mortalidad infantil, períodos perinatales de riesgo, nacimientos de peso bajo y nacimientos pretérmino, el cuidado prenatal, embarazo adolescente, el uso de drogas (PDF) (en inglés)
- « **Maternal Mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA**
<www.who.int/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2000/>
Informe sobre mortalidad materna de 2000, OMS, UNICEF y UNFPA (en inglés)

- « **Mortalidad materna en la Argentina: diagnóstico para la reorientación de las políticas y programas de salud**
CEDES <<http://www.cedes.org/informacion/index.html>>
Esta investigación se propuso realizar un diagnóstico y análisis de situación de la mortalidad materna en la Argentina, que pueda ser utilizado para reorientar las políticas y los programas de salud, así como también para identificar nuevas líneas de investigación (ZIP) (en español)
- « **Reduction of maternal mortality. A joint WHO/UNFPA/UNICEF/World 1999**
<http://www.who.int/reproductive-health/publications/reduction_of_maternal_mortality/reduction_of_maternal_mortality_contents.htm>
- « **Salud reproductiva: impacto de la campaña del Programa Nacional de Salud Reproductiva de Bolivia**
<http://www.jhuccp.org/pubs/field_reports/fr4s/contents.html>
Presenta los antecedentes de la campaña, descripción del proyecto, audiencia primaria, objetivos de la campaña, investigación formativa, estrategia, pretesteo y diseño de mensajes, resultados de la evaluación de la campaña de medios (en español)
- « **Special report: The cost of bringing up baby** <<http://news.independent.co.uk/uk/health/story.jsp?story=250290>>
Este artículo presenta las iniciativas gubernamentales británicas para erradicar el embarazo adolescente como meta 2010 (en inglés)
- « **State of the World's Mothers 2004: Children having children**
<http://www.savethechildren.org/mothers/report_2004/index.asp>
Informe sobre el riesgo de maternidad temprana (en inglés)
- « **WHO. World Health Report** <<http://www.who.int/>>
Descarga de Informes sobre la salud en el mundo de la Organización Mundial de la Salud (PDF) (en inglés y español, entre otros)

2.3. Boletines y gacetillas informativas

- « **Boletín de la Red Feminista Latinoamericana** <<http://www.isis.cl/publicaciones/listaboletin.htm>>
- « **Boletín Epidemiológico OPS** <<http://www.paho.org/Spanish/SHA/bsindexs.htm>>
Boletín de la Organización Panamericana de Salud (en español y en inglés)
- « **Boletines Epidemiológicos. Ministerio de Salud** <<http://www.direpi.vigia.org.ar/>>
<http://www.direpi.vigia.org.ar/publica_reportes.htm>
Boletines periódicos con datos nacionales, del Ministerio de Salud de la Nación Argentina (en español)
- « **Fact Sheets on HIV/AIDS for nurses and midwives - no. 10: women and HIV and mother to child transmission.**
<http://www3.who.int/whosis/factsheets_hiv_nurses/fact-sheet-10/index.html>
Presenta la información sobre VIH/SIDA y embarazo, el cuidado prenatal, el cuidado posnatal de la madre VIH/SIDA-infectada y su hijo (en inglés)
- « **Fichas informativas de Motherhood**
<http://www.safemotherhood.org/facts_and_figures/spanish/s_maternal_mortality.htm>
Hojas informativas sobre varias temáticas relacionadas con la mortalidad materna (en español)
- « **Population Reports** <<http://www.infoforhealth.org/pr/>>
Reportes de información sobre salud y población (en inglés)
- « **Progress in reproductive health research. OMS** <<http://www.who.int/reproductive-health/hrp/progress/64.pdf>>
Boletín informativo sobre investigaciones en salud reproductiva (PDF) (en inglés)
- « **WHO Fact Sheets: pregnancy and HIV / AIDS** <<http://www.who.int/inf-fs/en/fact250.html>>
Presenta información relacionada con la prevención, cuidado, detección y atención del VIH/SIDA durante el embarazo (en inglés)

2.4. Diccionarios y enciclopedias

- « **Baby Center glossary** <<http://www.babycenter.com/glossary/>>
Definiciones relacionadas con el embarazo, la maternidad y la salud (en inglés)
- « **Diccionario de la Real Academia Española** <<http://www.rae.es/>>
Diccionario de la Real Academia Española
- « **Enciclopedia ilustrada de salud** <<http://www.viasalus.com/vs/B2C/cn/enciclopedia/ESP/index.jsp>>
Enciclopedia (en español)
- « **Medical Glossaries & Dictionaries in 18 Languages** <<http://www.interfold.com/translator/medsites.htm>>
Diccionario y glosario médico en 18 lenguas
- « **On line Medical Dictionary** <<http://cancerweb.ncl.ac.uk/omd/>>
Diccionario médico en línea (en inglés)
- « **Sexual Health Encyclopedia** <<http://www.healthcentral.com/mhc/main.cfm>>
Información sobre sinónimos, definiciones, causas, factores de riesgo, prevención, síntomas, drogas relativos a enfermedades transmisibles sexualmente (en inglés)

3. Recursos institucionales

3.1. Asociaciones, federaciones y fundaciones

- « **Asociación Argentina de Ginecología y Obstetricia Psicosomática (AAGOP)** <<http://www.aagop.com.ar/>>
Desarrolla una concepción integral que incorpore los aspectos psicológicos, sociales, culturales, biológicos y ético-jurídicos y que permita mejorar las condiciones del proceso salud-enfermedad de las mujeres.
- « **Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA)** <<http://www.amada.org.ar/>>
- « **Asociación por los Derechos Civiles (ADC)** <<http://www.derechosciviles.org.ar/>>
- « **Catholics for a Free Choice** <<http://www.catholicsforchoice.org/indexengflash.htm>>
- « **Childbirth by Choice Trust** <<http://www.cbctrust.com/>>
- « **Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO)** <<http://www.fasgo.org.ar/>>
- « **Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM)** <<http://www.feim.org.ar/>>
- « **Fundalam** <<http://www.fundalam.com.ar/Home/HomeFundalam.asp?>>
Fundación de Lactancia Materna de Argentina (en español)
- « **Instituto Social y Político de la Mujer. Argentina** <<http://www.ispm.org.ar/>>
- « **Sociedad Argentina para la Calidad en Atención de la Salud (SACAS)** <<http://www.calidadensalud.org.ar/>>

3.2. Organismos gubernamentales

- « **CEDOM - Dirección General de Información y Archivo Legislativo** <<http://www.cedom.gov.ar/>>
- « **Centro Argentino de Información Científica y Tecnológica** <<http://www.caicyt.gov.ar/home.htm>>
- « **Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)** <<http://www.conicet.gov.ar/>>
- « **Consejo Nacional de la Mujer** <<http://www.cnm.gov.ar/>>
- « **Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud** <<http://www.direpi.vigia.org.ar/>>
- « **Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC)** <<http://www.indec.gov.ar/>>
Responsable de la recolección, procesamiento y publicación de datos estadísticos a nivel nacional
- « **Ministerio de Cultura y Educación – infoSES** <<http://www.me.gov.ar/>>
- « **Ministerio de Economía y Producción** <<http://www.mecon.gov.ar/>>
- « **Ministerio de Salud de la Nación** <<http://www.msal.gov.ar/>>
- « **Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires** <<http://www.ms.gba.gov.ar/>>

- « **Programa Materno-Infantil** <<http://www.ms.gba.gov.ar/programas/PMI/PMI.htm>
Presenta el programa y sus subprogramas de perinatología, salud reproductiva y sexual, lactancia materna, subprogramas de salud integral de los niños de 0 a 5 años y de edad escolar, y del adolescente
- « **Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales** <<http://www.siempro.gov.ar>>
- « **SSSALUD - Superintendencia servicios salud** <<http://www.sssalud.gov.ar/index/index.php>>
- « **Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Infantiles y Nutricionales**
<http://www.msal.gov.ar/htm/site/prog_fin_PROMIN_bis.asp>

3.3. Organismos internacionales

- « **Amnistía Internacional** <<http://www.amnesty.org/>>
- « **Banco Interamericano de Desarrollo (BID)** <<http://www.iadb.org/>>
- « **Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD)** <<http://www.clad.org.ve/reformi.html>>
- « **Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP)** <<http://www.clap.hc.edu.uy/>>
- « **Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)** <<http://www.eclac.cl/>>
- « **Comisión Europea** <http://europa.eu.int/comm/index_es.htm>
- « **Comisión Nacional del SIDA, CONASIDA** <<http://www.conasida.cl>>
Comisión Nacional de SIDA de Chile
- « **Family Health International (FHI)** <<http://www.fhi.org/>>
- « **Federación Internacional de Planificación de la Familia** <<http://www.ippfwhr.org/>>
- « **Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)** <<http://www.unicef.org/>>
- « **International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology (ISPOG)** <<http://www.ispog.org/>>
- « **IPAS Brasil** <<http://www.ipas.org.br/princ.html>>
Presenta información sobre salud reproductiva, derechos de la mujer, violencia contra mujeres, interrupción del embarazo, sexualidad, mortalidad materna, aspiración manual intrauterina, planificación familiar, y atención pos-aborto (en portugués)
- « **Naciones Unidas** <<http://www.un.org/depts/dhl/deplib/countries/argn.htm>>
Naciones Unidas. Sitio Argentina (en español)

3.4. Universidades y centros de investigación

- « **Center for Reproductive Law and Policy (CRLP)** <<http://www.crlp.org/>>
Promueve la igualdad de las mujeres en todo el mundo, garantizando sus derechos reproductivos como derechos humanos (en inglés y en español)
- « **Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)** <<http://www.cedes.org/>>
Centro de investigación sobre ciencias sociales con especial énfasis en la salud (en español)
- « **Centro de Estudios de Población (CENEP)** <<http://www.cenep.org.ar>>
Centro de investigación especializado en demografía (en español)
- « **Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS)** <<http://www.cels.org.ar/>>
- « **Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP)** <<http://www.crep.com.ar/>>
Centro de investigación especializado en perinatología (en español)
- « **Córdoba, Lactancia, Alimentación, Crecimiento y Desarrollo (CLACYD)** <<http://www.clacyd.org.ar/>>
- « **Harvard AIDS Institute** <<http://www.hsph.harvard.edu/hai/>>
Este sitio web divulga información, promueve investigaciones y educación sobre el SIDA y ofrece patrocinio y apoyo a las intervenciones de salud encaminadas a detener la infección por VIH/SIDA en África, Asia y otras regiones sin recursos (en inglés)

- « **Johns Hopkins University** <<http://www.infoforhealth.org>>
INFO Project. Information & Knowledge for Optimal Health (en inglés)
- « **Johns Hopkins AIDS Service-Infectious Diseases** <<http://www.hopkins-aids.edu/>>
Este sitio es patrocinado por la Universidad Johns Hopkins y brinda información actualizada sobre el SIDA y otras enfermedades infecciosas e importantes eventos científicos (en inglés)
- « **PRASSAR** <<http://www.cenep.org.ar/prassar/index.htm>>
Programa Regional sobre los Aspectos Sociales de la Reproducción Humana. CENEP/OMS (en español)

3.5. Redes

- « **Canadian Women's Health Network - Le Réseau** <<http://www.cwhn.ca/>>
Red salud de la mujer de Canadá (en inglés)
- « **CLACSO** <<http://www.clacso.org/>>
Red de Centros Latinoamericanos en Ciencias Sociales (en español)
- « **Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM)**
<<http://www.cladem.org/>>
- « **EuroHIV** <<http://www.eurohiv.org/>>
EuroHIV es la red europea de vigilancia en VIH/SIDA que cubre los 51 países de la Región Europea, en colaboración con UNAIDS y OMS. Este sitio se encarga de divulgar estadísticas e información y diseminar datos epidemiológicos que permitan describir y comprender mejor la epidemia del VIH/SIDA y mejorar su prevención y control (en inglés)
- « **Red de Investigación en Sexualidades** <<http://www.ciudadaniasexual.org/>>
Red de investigación en sexualidades (en español)
- « **Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC)** <<http://www.reddesalud.web.cl/>>
- « **Red Nacional de Información en Ciencias de la Salud - Argentina** <<http://www.bvs.org.ar/renics.htm>>
Conformada por instituciones relacionadas con las ciencias de la salud (en español)

4. Ordenamiento temático – Tópicos

4.1. Anticoncepción

- « **Contraception** <<http://www.populationconcern.org.uk/links/contraception.asp>>
Presenta sitios recomendados sobre procreación responsable, entre otros tópicos de la salud (en inglés)
- « **Lo esencial de la tecnología anticonceptiva: un manual para personal clínico**
<<http://www.infoforhealth.org/pubs/ect/spanish/index.shtml>>
Manual para el personal clínico preparado por el Proyecto de INFO que publica Population Reports®. De distribución gratuita en países en desarrollo (en español, en inglés y en francés)
- « **Saúde Vida on line** <<http://www.saudevidaonline.com.br/teen.htm>>
Dirigido a adolescentes en temas como: aborto, procreación responsable, sida, alcoholismo, etc. (en portugués)
- « **Selected practice recommendations for contraceptive use**
<http://www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_02_7/index.htm>
Provee recomendaciones basadas en las mejores evidencias disponibles para ser usadas por decisores, gerentes de programa y la comunidad científica. El propósito es orientar los programas nacionales de salud reproductiva y la preparación de guías para la prescripción de anticonceptivos (en inglés)

4.2. Embarazo y maternidad

- « **Embarazo en la adolescencia** <http://www.tuotromedico.com/temas/embarazo_adolescencia.htm>
Información acerca del embarazo en la adolescencia, causas, incidencia y factores de riesgo, prevención, síntomas de embarazo, pruebas y test, tratamientos, pronósticos, complicaciones (en español)
- « **Family health** <<http://www.hhs.state.ne.us/fah/fahindex.htm>>
Información sobre salud de la familia (en inglés)
- « **Family Health International (FHI)** <<http://www.fhi.org/>>
Información sobre salud familiar (en inglés)
- « **La sexualidad y el parto en la adolescencia**
<http://www.safemotherhood.org/facts_and_figures/spanish/s_adolescent_sexuality.htm>
Información sobre embarazo en la adolescencia, riesgos para la salud, problemas sociales y económicos (en español)
- « **Pediatría Basada en la Evidencia** <<http://infodoctor.org/pbe/>>
Proporciona información sobre pediatría basada en la evidencia (en español)
- « **Public health services - family** <<http://www.cdha.nshealth.ca/communityhealth/publichealth/family.html>>
Programa de salud familiar: embarazo y nacimiento, educación prenatal, nutrición (en inglés)

4.3. Género

- « **Cátedra Regional UNESCO - Mujer, Ciencia y Tecnología** <<http://www.catunescomujer.org/>>
Cátedra Regional de la UNESCO (en español)
- « **Comisión Nacional de Mujeres Uruguayas de Seguimiento de los Compromisos de Beijing**
<<http://www.chasque.apc.org/comision/No1-saber.htm#Area%20de%20la%20salud%20de%20la%20Mujer>>
Presenta las áreas de la salud: nacional, familiar y de la mujer de Uruguay. Incluye: igualdad laboral, maternidad adolescente, familia y mujer, y centros de información (en español)
- « **Género y Reforma del Sector Salud** <<http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/reform.htm>>
Sitio sobre género de la OPS (en español)
- « **Mujer, niñez y adolescencia** <<http://www.ops.org.ni/opsnic/tematicas/mujer/index.htm>>
Presenta proyectos específicos sobre la mujer, niñez y adolescencia: fortalecimiento del modelo de atención integral de la mujer y adolescencia, desarrollo integral y salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes dentro de la reforma del sector salud, violencia intrafamiliar (en español y en portugués)
- « **Programas de atención para las mujeres** <<http://www.dif.gob.mx/grupos/mujeres/index.html>>
Este sitio presenta los programas de atención para las mujeres en México: asistencia social alimentaria, Centros de Asistencia Infantil Comunitarios (CAIC), cocinas populares, condiciones de emergencia, desarrollo familiar y comunitario, madres adolescentes, servicios de asistencia social, violencia familiar (en español)
- « **Servicio de Información Documental y Estadística sobre la Situación de la Mujer en la Argentina**
<http://www.cenep.org.ar/redes/red_sidema.htm>
Pertenece al CENEP. Su objetivo es contribuir a mejorar la situación de la mujer *vis à vis* la del hombre. Es un servicio que sistematiza y difunde resultados de investigaciones e información cuantitativa y bibliográfica sobre la situación sociodemográfica y económica de la mujer en la Argentina (en español)

4.4. Legislación

- « **CEDOM - Dirección General de Información y Archivo Legislativo** <<http://www.cedom.gov.ar/>>
- « **Decreto 1.282/03. Ministerio de Salud de la Nación Argentina**
<<http://www.sssalud.gov.ar/normativas/consulta/de2003128200000399.pdf>>
Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Reglamento de la ley 25.673.

« **Ley 25.673. Ministerio de Salud de la Nación Argentina**

<<http://www.sssalud.gov.ar/normativas/consulta/le20022567300002099.pdf>>

Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el ámbito del Ministerio de Salud.

4.5. Mortalidad materna

« **Hygeia** <<http://www.hygeia.org>>

Comunidad virtual que por medio de las nuevas tecnologías contiene a las familias que han sufrido la pérdida de un embarazo, un niño, etc. (en inglés)

« **Mortalidad materna en la Argentina: diagnóstico para la reorientación de las políticas y programas de salud. CEDES** <<http://www.cedes.org/informacion/index.html>>

Esta investigación se propuso realizar un diagnóstico y análisis de situación de la mortalidad materna en la Argentina que pueda ser utilizado para reorientar las políticas y los programas de salud, así como también para identificar nuevas líneas de investigación (ZIP) (en español)

« **Preventing maternal mortality through emergency obstetric care** <http://www.dec.org/pdf_docs/PNACB231.pdf>

Analiza los cuidados obstétricos de emergencia (EOC) como prevención de la mortalidad materna (en inglés)

« **Reduction of maternal mortality - a joint WHO / UNFPA / UNICEF / World Bank statement**

<http://www.who.int/reproductive-health/publications/reduction_of_maternal_mortality/reduction_of_maternal_mortality_contents.htm>

<http://www.who.int/reproductive-health/publications/mortalite_maternelle/mortalite_maternelle_contents.fr.html>

Identifica los problemas involucrados en la selección de intervenciones apropiadas, las políticas y acciones que son esenciales para reducir las muertes maternas, la importancia del acceso a los servicios del salud, los cuidados apropiados a lo largo del embarazo y parto. También incluye los cambios sociales y culturales que pueden hacerse a nivel de la comunidad en el apoyo de acciones del sector salud para disminuir la mortalidad materna (en inglés y en francés)

« **Reproductive health outlook – Safe motherhood** <http://www.rho.org/html/safe_motherhood.htm>

Presenta información sobre doce tópicos de la salud reproductiva y en especial sobre maternidad sin riesgos (en inglés)

« **Safe Motherhood** <<http://www.safemotherhood.org/>>

Es la iniciativa interagencial para la reducción de la mortalidad materna. Se ofrecen diferentes tipos de recursos (en inglés y en español)

« **Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Infantiles y Nutricionales**

<http://www.msal.gov.ar/htm/site/prog_fin_PROMIN_bis.asp>

Este sitio presenta la Unidad: mortalidad materna e infantil, programa Nutri 1.3, programa SIP CLAP 1.44, y LacMat 3,3 (en español)

4.6. Salud reproductiva

« **Canadian Women's Health Network - Le Réseau** <<http://www.cwhn.ca/>>

Red salud de la mujer de Canadá (en inglés)

« **Choike - Derechos sexuales y reproductivos** <<http://www.choike.org/nuevo/informes/1110.html>>

« **Desarrollo Humano Adolescente** <http://www.sexualidadjoven.cl/indicadores/ind_argentina.htm>

Indicadores sobre adolescencia en Argentina (en español)

« **Population Reference Bureau Salud reproductiva**

<<http://www.prb.org/SpanishTemplate.cfm?Section=Portada&template=NewInterestDisplay.cfm&InterestCategoryID=641>>

Información sobre salud reproductiva del Population Reference Bureau (en español)

- « **Profamilia** <<http://www.profamilia.org.co/profamilia/p2/index.html>>
Se presentan los programas de salud familiar: planificación familiar, salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y reproductivos, centro para jóvenes, género, cooperación sur-sur, clínica para el hombre. También presenta servicios y productos, publicaciones y otros proyectos (en español)
- « **Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar** <<http://www.minsa.gob.pe/dpspf/index.htm>>
Presenta el programa del Ministerio de Salud de Perú: información para el público en general y especializado, normas legales, acerca del programa, y comentarios (en español)
- « **Programa Materno-Infantil** <<http://www.ms.gba.gov.ar/programas/PMI/PMI.htm>>
Presenta el programa de salud materno-infantil del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y sus subprogramas de perinatología, salud reproductiva y sexual, lactancia materna, subprogramas de salud integral de los niños de 0 a 5 años y de edad escolar, y del adolescente (en español)
- « **Programa Nacional de Atención Integral de la Salud de Adolescentes**
<http://www.mspas.gob.sv/p_attadolescentes.asp>
Presenta información acerca del programa de salud adolescente en El Salvador, sus objetivos, principios de atención en salud de adolescentes, estrategias, componentes, salud sexual y reproductiva, recuperación de la salud, promoción de la salud, salud ambiental, metas 1999-2004, y principales actividades (en español)
- « **Reproductive health and family planning** <<http://www.popcouncil.org/rhfp/rhfp.html>>
<<http://www.popcouncil.org/espanol/espanol.html>>
<<http://www.popcouncil.org/francais/francais.html>>
Proporciona información sobre cuidados del aborto y posaborto, anticoncepción de emergencia, salud reproductiva, prevención de HIV/SIDA, estudios de impacto, calidad de servicios, maternidad segura y cuidado post-partum, violencia contra la mujer (en inglés, español y francés)
- « **Reproductive Health Gateway - Reproductive Health** <<http://www.rhgateway.org/>>
- « **Reproductive health outlook** <<http://www.rho.org/>>
Presenta información sobre doce tópicos de la salud (en inglés)
- « **Reproductive Rights** <<http://www.reproductiverights.org/>>
Sitio sobre derechos reproductivos (en inglés y en español)
- « **Saludelamujer.com** <<http://www.saludelamujer.com/>>
Sitio sobre salud de la mujer (en español)
- « **Salud reproductiva: impacto de la campaña del Programa Nacional de Salud Reproductiva de Bolivia**
<http://www.jhuccp.org/pubs/field_reports/fr4s/contents.html>
Presenta los antecedentes de la campaña, descripción del proyecto, audiencia primaria, objetivos de la campaña, investigación formativa, estrategia, pretesteo y diseño de mensajes, resultados de la evaluación de la campaña de medios (en español)
- « **Salud Reproductiva de los Adolescentes** <<http://www.rhoespanol.org/>>
Provee información resumida y actualizada sobre resultados de investigaciones recientes, experiencias de los programas, y pautas clínicas relacionadas con temas clave en salud reproductiva; asimismo, analiza las implicancias de las políticas y de los programas (en español y en inglés)
- « **Women's Health Project** <<http://www.wits.ac.za/whp>>

Corrección de estilo y textos:

Alicia de Santos

Diseño: Cosgaya, Diseño

www.cosgaya.com.ar

Este libro se terminó de imprimir en

Borsellino Impresos (www.borsellino.com.ar),

en el mes de septiembre de 2004