



Material de Publicación periódica y Coleccionable



COLECCIÓN:
CUADERNOS PARA VOLVER A CARRILLO
salud pública argentina escrita por trabajadorxs

MORTALIDAD MATERNA, ABORTOS Y CESÁREAS: Tres interpelaciones demoradas

MARIO BORINI - LUIS MIGUELES



AÑO 2015

www.ateargentina.org.ar

www.atesociosanitario.com.ar

atesociosanitario@gmail.com

Material de publicación periódica y coleccionable

Esperemos que esta colección sea del interés
y el aprovechamiento del conjunto de los compañerxs

CUADERNOS PARA VOLVER A CARRILLO
la salud pública argentina escrita por trabajadorxs

MORTALIDAD MATERNA, ABORTOS Y CESÁREAS: Tres interpelaciones demoradas

Mario Borini - Luis Migueles



**ASOCIACIÓN TRABAJADORES DEL ESTADO
CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL**

SECRETARIO GENERAL

Hugo Cachorro Godoy

SECRETARIO GENERAL ADJUNTO

Julio Fuentes

**INSTITUTO DE ESTUDIOS SOBRE ESTADO
Y PARTICIPACIÓN (IDEP)**

Horacio Fernández

AREA DE SALUD IDEP

Daniel Godoy

PRODUCCIÓN DE CONTENIDOS AREA DE SALUD

Cecilia Fernández Lisso

**MORTALIDAD MATERNA, ABORTOS Y CESÁREAS:
"Tres interpelaciones demoradas"**

AUTORES

Mario Borini - Investigación y Supervisión

Imborini@intramed.net

Luis Migueles - Investigación

lmigueles@intramed.net

IDEA ORIGINAL, PRODUCCIÓN y DESARROLLO

Daniel Godoy - Cecilia Fernández Lisso

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Sofía Goñi y Cecilia Fernández Lisso

ARTE DE TAPA

Luxor

atesociosanitario@gmail.com
www.atesociosanitario.com.ar
www.ateargentina.org.ar

AÑO 2015

PRESENTACIÓN:

SALUD PÚBLICA ARGENTINA ESCRITA POR TRABAJADORXS sigue aportando insumos a la intención de promover debates sobre temas nucleares de la realidad sociosanitaria de la Argentina, y en la voluntad de con-mover e interpelar la agenda dominante.

Desde el último tramo de la serie de fascículos coleccionables CUADERNOS PARA VOLVER A CARRILLO, hemos venido intentando identificar y analizar las principales claves para una mejor interpretación de los indicadores de salud más clásicos con los que se pretende medir el estado de salud de nuestra población.

En nuestro fascículo anterior, "LA MORTALIDAD INFANTIL EN LA ARGENTINA: MITOS, VERDADES, REVELACIONES...", presentamos reparos al relato triunfalista y sin contexto de la reducción de la mortalidad infantil, analizando la curva de descenso que se está dando en otros países desde hace muchos años, las asimetrías entre provincias, entre grupos sociales, y fundamentalmente, la alta reducibilidad/evitabilidad vinculada a las condiciones de vida de las familias y al modelo de atención extremadamente intrahospitalario y curativo. La EVITABILIDAD se ha tornado para nosotros de una particular pre/ocupación. Consagrar una noción de escándalo a cada persona que se muere por causas evitables, nos daría la posibilidad de ingresar a un supuesto de planificación y acción de Políticas Públicas, directamente vinculado con un aspecto (no el único, pero sustantivo) de la eficacia de la que tanto se habla.

Claro que para contrarrestar la EVITABILIDAD, habrá que agendar también las "grandes causas" de las que hablaba Carrillo: la pobreza, la falta de abrigo, de vivienda digna, de comida suficiente...

Y si de EVITABILIDAD hablamos, la muertes de mujeres vinculadas con el evento del embarazo y puerperio (lo que se conoce como MORTALIDAD MATERNA) son un claro ejemplo de ello, al menos en la Argentina. No hay informe sobre este tema que no coincida que: podrían ser muchas menos la cantidad de muertes; desde hace mucho tiempo son las mismas causas que las producen (muchas de ellas evitables); y no tienen el mismo riesgo las mujeres pobres que las que no lo son.

Los autores (Mario Borini, Luis Migueles y Ana Borini) han vinculado inteligentemente, la Mortalidad Materna con 2 grandes temas. Uno muy discutido (el aborto), y el otro muy silenciado (las cesáreas), como un todo conceptual que dirime la salud, la enfermedad, y en muchos casos la muerte de centenares de mujeres.

SALUD PÚBLICA ARGENTINA ESCRITA POR TRABAJADORXS intenta no ofrecer viejas respuestas, sino nuevas preguntas a los temas abordados. Implica promover más y mejor discusión para más y mejor Organización. Las mujeres organizadas a través de múltiples instancias, han dicho casi todo referido a sus propios derechos; han hecho casi todo y escrito casi todo también.

Este fascículo que presentamos, "MORTALIDAD MATERNA, ABORTOS Y CESÁREAS: TRES INTERPELACIONES DEMORADAS", intenta aportar a esa intensa lucha del heterogéneo colectivo de mujeres que pugnan por la consagración del respeto a la diversidad, al ejercicio de la voluntad, al parto respetado, y a la autoridad sobre el propio cuerpo.

Hasta el próximo fascículo.

Daniel Godoy
 Coordinador Nacional
 AREA DE SALUD DEL INSTITUTO DE ESTUDIOS
 SOBRE ESTADO Y PARTICIPACION (IDEPSALUD)
 ATEARGENTINA

PRÓLOGO

El trabajo que aquí presentamos, sin dudas, es un nexo de extremado valor para poner en debate con y desde nuestra organización un tema de vital importancia como es la “MORTALIDAD MATERNA, ABORTOS Y CESÁREAS: TRES INTERPELACIONES DEMORADAS”; su lectura, su interpretación y su discusión, indudablemente nos facilitará el conocimiento de lo técnico y nos ayudará a abordar con todos y todas, los derechos de las mujeres que a través de los tiempos nos faltan conquistar.

Si bien hemos salido en diferentes oportunidades a pelear por estos objetivos, como saldo pendiente nos ha faltado intensificar el debate en profundidad y sinceramente con nuestra organización, poniendo en común lo que nos pasa a las mujeres en diferentes estados de la vida.

Resuenan constantemente en la calle las voces de las mujeres contra todo tipo de explotación, las dictaduras, la desigualdad, la violencia machista, la discriminación. El cántico que miles de mujeres en diferentes puntos del país, una y otra vez desde hace años, viene reclamando lo que por derecho nos corresponde. El Derecho a decidir sobre nuestros cuerpos. “Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir”, es lo que se escucha.

Cuando padecemos violencia obstétrica en una sala de parto y nos denigran (“...te gustó hacerlo?, ahora aguantate el dolor...” por ejemplo), o cuando no tenemos partos respetados enfrentándonos al poder médico que intenta decidir sobre nuestras vidas más que nosotras mismas, sometiéndonos a innecesarias cesáreas antes que atender el proceso del parto natural, porque es más lucrativo para los profesionales, y no sólo en lo económico sino en el tiempo (claro, un proceso de parto lleva algunas horas, las cesáreas sólo 20 minutos). No les importan las consecuencias que pueda ocasionar los trastornos de una cirugía pudiendo haber sido evitada sólo con aguardar el tiempo necesario que se necesita para dar paso al nacimiento: por ello lleva menos tiempo mercantilizar la naturaleza humana.

O el derecho a decidir plenamente sobre nuestros cuerpos ante la interrupción voluntaria del embarazo, una de las prácticas de las mujeres que recibe los mayores ataques conservadores y reaccionarios, opiniones de todos sobre lo que debe hacer la mujer, menos tener en cuenta la voluntad y los derechos que como mujeres tenemos. Sabemos que el ataque al derecho al aborto es una expresión del ataque más general a la autonomía y a la vida misma de las mujeres, derecho de cómo queremos vivir nuestra vida y sexualidad.

Lo que ya no podemos esconder es que en nuestro país se practican medio millón de abortos al año, pese a la clandestinidad. Los mismos han sido reconocidos por el propio actual Ministro de Salud de la Nación; siendo responsabilidad de los diferentes gobiernos que dicen defender los derechos, deberían impulsar que se legislen en los diferentes parlamentos de la nación, dando el tratamiento y aprobación de leyes que sin dudas impactarían directamente en la vida de todas las mujeres de este país. Evitar estas muertes en Argentina, por embarazos no deseados de las mujeres en los sectores más vulnerados es una responsabilidad de todos y todas.

A pesar de que el movimiento de mujeres de Argentina conquistó el fallo de la Corte Suprema de Justicia sobre abortos no punibles, este fallo no se cumple en muchos casos, no estableciendo los gobiernos nacionales, provinciales o municipales, los protocolos correspondientes para resolver el problema. El sistema capitalista sigue sometiéndolo a mujeres y varones, acrecentando las desigualdades de género, intensificando los diferentes tipos de explotación entre la clase trabajadora. También las condiciones socioeconómicas son diferentes, y esto acrecienta las diferencias en la accesibilidad de la salud, por ser mujeres y pobres, generando más desigualdad con los varones.

Cuando las mujeres organizadas en movimientos o solas pero con conciencia de los derechos que nos asisten, reclamamos leyes que nos protejan, que nos permitan avanzar en el derecho a la vida, la salud y la auto-

nomía real de las mujeres, reclamamos simplemente DERECHOS.

Podemos debatir los diferentes fundamentos, las distintas miradas, lo que no se puede jamás es prohibir un derecho. No alcanza con sólo acceder al aborto no punible. No alcanza, si no se ejecutan políticas serias y eficaces para prevenir el embarazo adolescente, los sistemas anticonceptivos para la prevención de esos embarazos, los partos respetados, las condiciones dignas en las salas de partos al momento de parir, las cesáreas innecesarias solo para el lucro de profesionales inescrupulosos.

NO alcanza si al pueblo no se le da toda la información certera, concreta para construir y profundizar el debate real. No alcanza sin campañas preventivas, sin presupuestos adecuados. No alcanza si en los hospitales falta el personal idóneo para la tarea. No alcanza si no hay espacios de capacitación y sensibilización del personal para dar cumplimiento a los partos respetados. No alcanza con que una ley se promulgue si no existe la intención política de hacerla funcionar, muchas leyes duermen por no ser instrumentadas.

La Organización Mundial de la Salud, determinó que el nacimiento no es una enfermedad, por lo tanto no debiera haber riesgo alguno para la mujer y el niño en ese momento. Un parto humanizado, que respete las leyes vigentes en nuestro país debe reconocer en padres e hijos a los verdaderos protagonistas. No intervenir o interferir rutinariamente en este proceso natural, no habiendo una situación de riesgo evidente. Reconocer y respetar las necesidades individuales de la mujer/pareja y el modo en que desean transcurrir esta experiencia (en una institución o en su domicilio).

Este trabajo "MORTALIDAD MATERNA, ABORTOS Y CESÁREAS: TRES INTERPELACIONES DEMORADAS" sin dudas nos facilitará producir debates serios y respetuosos sobre este tema y otros y sin dudas nos ayudarán a resolver las diferencias que podamos tener entre varones y mujeres. Saber que en nuestro país todos los días mujeres pobres se mueren por causas evitables, como trabajadoras y trabajadores debemos hacer el esfuerzo de revertir.

"Nosotras marchamos, exigimos, gritamos, defendemos la vida, la decisión sobre nuestro cuerpo, la dignidad. Nosotras junto a muchos compañeros exigimos nuestro derecho. El Derecho a vivir una vida que merezca ser vivida". (Leonor Cruz).

Marta Galante
Directora Departamento de Género
ATEARGENTINA -CDN

Indice.

Mario Borini - Luis Migueles^{1,2}

RESUMEN	10
MORTALIDAD MATERNA	12
-¿Cómo se calcula este indicador?	13
- La mortalidad materna puede ser “0” (cero)?	
- Prioridad de la mortalidad materna en salud pública	14
- Nivel y desigualdad internacional de la mortalidad materna	
- Anticoncepción y mortalidad materna	16
¿Cobertura universal de la contracepción en Argentina?	
- Mortalidad materna en argentina	18
- Inequidad y mortalidad materna	20
- Industrialización y mortalidad materna	22
- Diferencias regionales en la mortalidad materna	
Región Centro	
Región Patagonia	
Región NEA	
Región NOA	
Región Cuyo	
- Estructura de la mortalidad materna	26
- Condiciones de los servicios	27
- Modelos explicativos de la mortalidad materna	
y acciones para reducirla	28
- Mortalidad materna y contexto	29
- Edad de la madre y muerte materna	
Embarazo adolescente	
Embarazo en edades mayores	

1 Ana Borini, Asistencia Técnica

2 Nuestro reconocimiento al Instituto de Estudios de Estado y Participación (IDEP) – ATE, por la evaluación de este trabajo para su publicación, y a su Coordinador del Área Salud, Daniel Godoy, por la revisión final

- Reducibilidad	32
Control prenatal	
Atención del parto	
¿Parto institucional o domiciliario?	
- Vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna en Argentina	37
- ¿Qué decir del “Plan Operativo del Ministerio de Salud de la Nación para reducir la Mortalidad Materno-infantil, de la Mujer y de las Adolescentes”?	38
ABORTOS PROVOCADOS	40
- Tipos de aborto	41
- Historia del aborto provocado	
- Aborto como causa de muerte materna	42
- Desvíos con abortos provocados	43
- Mortalidad materna en Cuba: algo paradójal	44
- Legislación del aborto	45
Legislación comparada	
Fundamento filosófico	
Enfoque de derecho	
CESÁREAS	49
- El parto normal amenazado	50
- Institucionalización del parto. Partos domiciliarios y mortalidad materna	
- Las cesáreas, un producto del sistema de salud	51
- Frecuencia de cesáreas en argentina	
- Mortalidad por cesárea	52
- La cesárea: una intervención invisible	54
- Cesáreas: consecuencias invisibilizadas	55
- Explicaciones del aumento de cesáreas	57
- ¿Qué intereses promueven la cesárea?	58
- ¿Cómo evitar la práctica abusiva de cesáreas?	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	60
Conclusiones y recomendaciones generales	61
Conclusiones y recomendaciones referidas al aborto	62
Conclusiones y recomendaciones referidas a la cesárea	63
Anexo	64
Diferencias regionales en variables vinculadas a la maternidad	

RESUMEN

- Los registros de mortalidad materna, con sus causas, existen en una minoría de países, de manera que los datos son más estimados que precisos.
- Salvo contados países, hay una tendencia mundial a la reducción de la mortalidad materna, de manera que su descenso no es patrimonio de ninguna región ni país.
- En el estado actual del conocimiento, la única manera de garantizar una mortalidad materna "0" es evitar todos los embarazos, pese a que reconocidas autoridades en la materia hablan de embarazadas con mortalidad materna "0"³.
- Los programas eugenésicos clandestinos instrumentados por los países centrales en los países periféricos se redujeron cuando estos por sí solos aumentaron el control de la natalidad como un avance del enfoque de derecho frente a la incapacidad de crear contextos socio-económicos para una vida más digna
- Pese a que con sus cerca de 300 muertes anuales está muy por debajo de otras causas que generan miles de muertes, la mortalidad materna en Argentina sigue siendo una alta prioridad de salud pública por innumerables razones: éticas, de trascendencia social y familiar, y de reducibilidad. Y, además, porque esta reducción es de muy bajo costo.
- El país se caracterizó por una mortalidad materna muy alta en comparación con otros indicadores de salud. En las últimas décadas mantuvo una tasa cercana a las 40 muertes por cada 100 mil nacidos vivos, pero la tasa sería aún mayor, debido a un importante sub registro.
- La velocidad de descenso de la tasa de mortalidad materna en Argentina en las últimas décadas fue muy inferior a la de países vecinos.
- Y cuando descendió en 2012 no hizo más que reiterar la tasa que ya se había alcanzado en el año 2000
- El mayor descenso de 2013 requiere estabilización en una serie de años para considerarse un quiebre en la tendencia.
- La desigualdad entre regiones del país revela una inequidad estructural más grave en el Norte argentino que, en mortalidad materna, se extiende también a Cuyo.
- Esta inequidad se confirma también por la mayor tasa en las jurisdicciones no industrializadas respecto de las cinco jurisdicciones industrializadas (Buenos Aires, CABA, Córdoba, Mendoza y Santa Fe).
- La contracepción es mayor en Argentina que en España, pero la mortalidad materna en Argentina es por lo menos 6 veces más alta que la de España y de otros países de Europa Central, contrariando la difundida idea de que hay una relación directa entre control de la natalidad y mortalidad materna.
- El aborto es la causa específica más frecuente de las muertes maternas, con un 22%
- Entre las otras causas de mortalidad materna, las causas directas (hipertensión, sepsis y hemorragias) duplican a las indirectas (circulatorias y respiratorias).
- Un 56% de las maternidades públicas no cumplen las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales definidas por la OMS⁴.
- Esto es más grave si se considera que el Estado subsidia a Obras Sociales y Prepagos privados con fondos que resta a sus propios servicios.
- El embarazo adolescente, con su correlato de mayor mortalidad materna, tiene un trasfondo social estruc-

3 Por ejemplo, Zulma Ortiz (UNICEF), una epidemióloga con quien compartimos muchos conceptos acerca de mortalidad materna, afirma "Ninguna mujer debería morir como complicación del embarazo, parto o puerperio", en la nota titulada ¿Se puede considerar sólo las causas médicas y seguir aceptando la muerte de más de 300 mujeres como algo razonable?, *Intramed*, 27-5-2012. <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=76045>

4 Más adelante se dan precisiones acerca de las normas sobre estas Condiciones

tural que exige medidas intersectoriales.

- Los modelos más instalados para explicar la mortalidad materna evitable, incluyendo los modelos de OMS y UNICEF, son multifactoriales o, en el mejor caso, remiten a emergentes sociales como la pobreza y la discriminación, sin discutir el sistema de acumulación que genera esos emergentes: la apropiación de la riqueza social mediante la explotación del hombre y de la naturaleza.
- La contradicción de la alta mortalidad materna en Argentina y la institucionalización de casi el 100% de sus partos, mueve a revisar las condiciones de la atención institucional y a reconsiderar una atención domiciliaria que, en condiciones ideales, puede ser más segura para los partos de bajo riesgo
- El sistema de vigilancia epidemiológica debería detectar de inmediato cada muerte materna en el sector público, de la seguridad social y del sector privado, seguida de la corrección oportuna de las fallas en que pudo incurrir el sistema de atención.
- El aborto provocado está determinado por procesos extremadamente diversos (educativos, sanitarios, culturales, de la seguridad social, laborales, habitacionales, judiciales, estadísticos, entre otros), que revelan el conflicto entre los principios éticos de autonomía, justicia social y beneficio de la atención de la embarazada.
- La falta de resolución de este conflicto se expresa en graves desigualdades regionales y sociales, históricas y actuales.
- A pesar del sub registro, sobran elementos para afirmar que los abortos que terminan en muerte materna son generalmente provocados, clandestinos, y en embarazos avanzados de mujeres jóvenes y pobres
- La cesárea ha logrado visibilizarse como intervención, y hasta como intervención excesiva, pero no se advirtió debidamente la morbimortalidad que provoca, hasta el punto de que podría ser una de las causas más frecuentes de muerte materna. Este conocimiento es imposible de precisar con los registros en uso, porque sólo incluyen la cesárea de un embarazo anterior como un simple antecedente del embarazo actual que, en caso de muerte, no tiene lugar para registrar la cesárea en el Certificado de Defunción.

MORTALIDAD MATERNA

Mortalidad Materna

La mortalidad materna es uno de los temas más sorprendentes en el desarrollo de la salud pública. Recordamos a Semmelweis⁵ cuando fue expulsado del gran hospital de maternidad de Viena por haber sospechado que la mayor mortalidad materna en una de las salas se debía a los numerosos tactos a mano abierta que realizaban por vía vaginal los practicantes de medicina a todas las embarazadas. En este trabajo nos interesa mostrar distintas caras de este indicador:

- Por qué creemos que es tan reducible la muerte materna
- Cuánto depende de condiciones sociales y de la política socio-sanitaria
- Cómo se interpreta en conjunto con otros indicadores
- Qué importancia se le da al aborto como causa de muerte materna
- Cómo se ha logrado que sea tan poco visible la mala praxis en la cesárea

Y entonces, tratar de contestarnos esta pregunta: ¿qué nos pasa con la mortalidad materna en Argentina?

¿CÓMO SE CALCULA ESTE INDICADOR?

La mortalidad materna es la que afecta a mujeres en relación con la gestación, parto o postparto (también llamado puerperio). Más estrictamente, es la muerte de la mujer durante el embarazo, el parto o en los 42 días siguientes al parto a causa del embarazo o de cualquier otra causa agravada por el embarazo, siempre que no sean causas accidentales o incidentales⁶.

La llamada tasa de mortalidad materna⁷, expresa la cantidad de mujeres muertas en relación con el embarazo (gestación, parto y puerperio) cada 10 mil o 100 mil nacidos vivos en el mismo año y lugar. La elección entre 10 mil o 100 mil se efectúa en función de lo que haga más fácil su comprensión (resulta más fácil entender 3 por 100 mil, que 0,3 por 10 mil, aunque ambas formas de decirlo son equivalentes).

La Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud – 10ª Revisión (CIE-10), incorpora las muertes maternas “tardías”, llamadas así a las que ocurren entre los 45 días y el año desde la terminación del embarazo, pero aún no se utiliza en comparaciones nacionales e internacionales.

¿LA MORTALIDAD MATERNA PUEDE SER “0” (CERO)?

Sí. Hay una sola posibilidad: que no existan embarazos, lo que implicaría la desaparición de la humanidad. Extremando el planteo, decimos que si en la humanidad hubiera un solo embarazo, no podría evitarse con seguridad absoluta la muerte materna, aunque su probabilidad llegara a ser ínfima. Porque el desarrollo y el conocimiento actuales no alcanzan para anular el riesgo de enfermar y morir a causa del embarazo, parto y puerperio.

5 Semmelweis, Ignaz, Etiología, concepto y profilaxis de la fiebre puerperal, en OPS, El Desafío de la Epidemiología: Problemas y lecturas seleccionadas, Washington, 1988, p.47-62

6 Organización Panamericana de la Salud/OMS, Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. OPS/OMS, Washington, D. C., Edición 2003, 10ª revisión, pp. 139 (la definición data de 1995)

7 En realidad no es una tasa sino una razón, porque el numerador no está comprendido en el denominador, pero en este trabajo usaremos indistintamente las palabras tasa y razón de mortalidad materna

Pero aunque hoy no puedan evitarse todas las muertes maternas, es prioritario usar el conocimiento fácilmente disponible para reducirlas al mínimo posible. Y hay otras circunstancias que también convierten a la mortalidad materna en un problema prioritario, como veremos a continuación.

PRIORIDAD DE LA MORTALIDAD MATERNA EN SALUD PÚBLICA

La alta prioridad que le asignamos se debe a:

- Gran diferencia entre países, lo que demuestra su inaceptable frecuencia en aquellos que tienen niveles altos.
- Posibilidad de reducirla con medidas relativamente sencillas.
- Importancia de cada muerte materna, en términos familiares, sociales, económicos.

Además, hay que considerar el bajo costo de reducirla y el muy alto costo de la atención de las complicaciones del embarazo que pueden producir la muerte de la madre y del niño.

Otro criterio de prioridad es el que surge si prestamos atención a las diferencias internacionales e intranacionales: Argentina tiene, por un lado, una tasa muy superior a la de los países que lograron las tasas más bajas y, por otra, grandes asimetrías entre las tasas de sus jurisdicciones.

Si en Argentina el número de 333 muertes maternas en 2011⁸ es inferior al de muchas otras causas específicas (mortalidad por accidentes viales, por ejemplo, con unas 5.000 muertes anuales), su prioridad relativa respecto de problemas de salud más numerosos no depende de su magnitud numérica sino de las sustanciales implicancias personales, familiares, sociales y de género que tiene la muerte de una madre. Una muerte materna es sufrimiento, daño y pérdida anticipada de salud, pero además un serio perjuicio al desarrollo humano básico, desde que la función materna es fundamental para la armonía y el afecto familiar, sobrevivencia del recién nacido, nutrición, educación y cuidado de los hijos y también, obviamente, para la economía doméstica⁹. Pero, por razones a las que intentaremos aproximarnos, el sistema social en su conjunto y el de salud en particular, eluden las medidas para reducir la mortalidad materna y hasta contribuyen a ella.

NIVEL Y DESIGUALDAD INTERNACIONAL DE LA MORTALIDAD MATERNA

Entre 1990 y 2013 la tasa de mortalidad materna bajó un 45% en un conjunto de 189 países, aunque en este lapso el descenso se interrumpió durante varios años por el SIDA¹⁰.

En pocos países la tasa aumentó. En EEUU se atribuyó a la llegada de inmigrantes con peor salud. Aumentó también en otros países desarrollados que partieron de tasas muy bajas. En unos países subdesarrollados,

8 Ministerio de Salud-OPS/OMS, Indicadores Básicos, Argentina 2013

9 OPS/OMS. Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas, 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 54ª Sesión del Comité Regional; 2002-Sep 23-27. Washington, DC.

10 Hasta 2008 participaba con el 18% de las 340 mil muertes maternas: Instituto para la Medición y la Evaluación de la Salud (IHME, según sus siglas en inglés), de la Universidad de Washington, Global Burden of Disease 2013, TheLancet, 2-5-2014

en cambio, se consideró que cuando la tasa empeoró se debió a un mejor registro de muertes maternas, sin que estas muertes aumentaran. Es evidente que la atribución de las variaciones en la tasa a los problemas de registro son estimativos y no demostrables, teniendo muchas veces intenciones políticas de aminorar el impacto comunicacional del problema.

A pesar del descenso general, la tasa mundial en 2013 era todavía extremadamente alta, 210 por cien mil, con una diferencia de 20 veces entre los grupos de países desarrollados (16 por cien mil) y subdesarrollados (230 por cien mil)¹¹. El 70% de las muertes maternas se produce en 13 países subdesarrollados.

Pero no hay que creer que los datos son precisos. Sino estimaciones. Son mayoría los países sin registro civil de casos y causas de muerte materna. China e India son los dos países más poblados de la Tierra y concentran un tercio de los nacimientos mundiales, pero los datos que aportan son obtenidos de muestras y no de registros de toda la población.

El país con peor tasa era la República de Chad (África Central) con 960 muertes por cien mil. La República de Bielorrusia o Rusia Blanca (Europa Oriental) fue el país de mejor tasa con 1 muerte por 100 mil. Aunque este nivel tan bajo se debiera a sub registro, hay muchos otros países con tasas inferiores a 5 por cien mil¹², casi 10 veces menores a la tasa oficial de Argentina en los mismos años.

En 2013 la tasa de Argentina era un tercio de la tasa mundial según la misma fuente¹³, pero su descenso fue mucho menor que en otros países de América Latina. En Bolivia, Brasil, Chile y Uruguay la reducción entre 1990 y 2010 estuvo entre 43 y 62%, mientras en Argentina fue del 2%, desde una tasa de 71 a 69 por cien mil, según el Banco Mundial¹⁴. Si, en cambio, consideramos la información oficial¹⁵, ubicó la tasa en 32 por cien mil en 2013¹⁶, aunque reconoció deficiencias de registro en algunas provincias¹⁷.

La disparidad entre países refleja la mayor cantidad de muertes maternas prevenibles en aquellos con mayores tasas. El fracaso de los países individualmente considerados es de tal magnitud que en 2004 el Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe¹⁸ hizo un llamado para que otras organizaciones internacionales se sumen a su planteo de nuevas estrategias para tener indicadores válidos de mortalidad materna y sobre todo para reducirla. Como puede verse en el siguiente mapa, nuestro país se encuentra entre las naciones con tasas medias bajas (20 a 99 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos). Al ser un rango tan amplio, dentro de la categoría se encuentran países tan disímiles como el nuestro y otro país con tasas muy inferiores, como EEUU. Esto muestra que los rangos amplios para clasificar países ocultan diferencias entre ellos. Lo que no impide comprobar que Argentina supera en por lo menos 6 veces a Israel, Canadá y a todos los países de Europa Central, que con una tasa de alrededor de 5 muertes maternas o menos por cada 100.000 nacidos vivos es la Región que hoy tiene los niveles más bajos.

12 Banco Mundial, Indicadores, 2013, <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT>, vista el 14-9-2014

13 Ídem nota 4, <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT/countries/1W?display=graph>

14 Banco Mundial, Datos: Tasas de Mortalidad Materna, <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT/countries/1W?display=default>

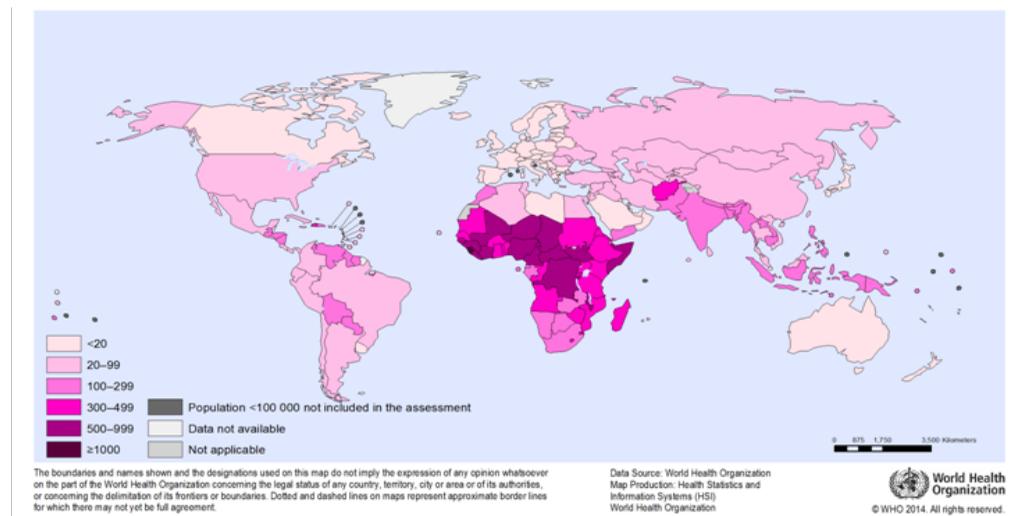
15 La diferencia con la fuente de información propia del país es que el Banco Mundial considera que ciertos países (como el nuestro) las subregistran, y entonces el Banco se basa en un modelo que combina la cantidad de mujeres en edad fértil, el personal que atiende los partos y la prevalencia de VIH. La subestimación de la mortalidad materna en muchos países, inclusive Argentina, no está en discusión, pero estos criterios del Banco no parecen pertinentes como para estimarla acertadamente.

16 Ministerio de Salud-OPS, Indicadores básicos, Argentina 2013

17 Dirección de Estadística e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación. en Florencia Halfon-Laksman, Muy lejos de la meta fijada por la ONU: no logran bajar la tasa de mortalidad materna, diario Crítica de la Argentina, 15.12.2009, edición impresa, <http://prensa.cancilleria.gov.ar/noticia.php?id=19259128>

18 Consenso del Grupo de Trabajo Regional Interagencial para la Reducción de la Mortalidad Materna, Reducción de la Mortalidad y la Morbilidad Maternas, OPS, Washington, 2003

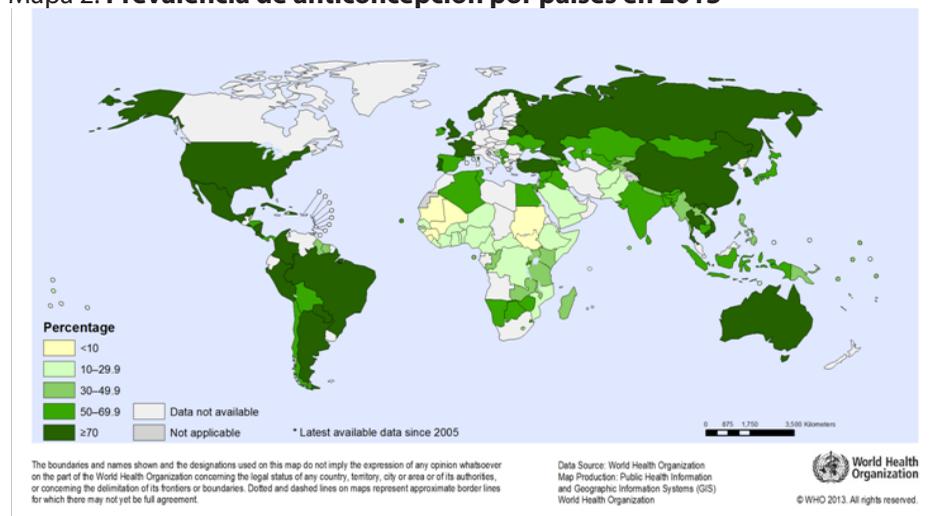
Mapa 1: Tasa de mortalidad materna por 100000 nacidos vivos en 2013



ANTICONCEPCIÓN Y MORTALIDAD MATERNA

Ciertos documentos auspiciados por organismos oficiales¹⁹ proclaman que a mayor contracepción (prevención del embarazo), menor tasa de mortalidad materna, pero no siempre ocurre así. Por ejemplo, como puede verse en el siguiente mapa, Argentina en comparación con España tiene niveles de contracepción más altos y al mismo tiempo una tasa de mortalidad materna seis veces superior²⁰.

Mapa 2: Prevalencia de anticoncepción por países en 2013



19 Karolinski A, Mercer R, Micone P, Ocampo C, Salgado P, Szulik D, et al. Modelo para abordar integralmente la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. RevPanam Salud Pública. 2015;37(4/5):351-9.

20 <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT>

Pero no se trata sólo de *prevenir los embarazos no deseados*, como destacala legislación de la salud sexual y procreación responsable, sino de asegurar también el correcto curso de los deseados. El énfasis en la limitación de embarazos no existe solamente en la política oficial sino en documentos de organizaciones reconocidas que se hacen eco de dicha política²¹, y creemos que esto da cuenta de la incapacidad de cambiar las determinaciones sociales de la mortalidad materno-infantil. O sea: la incapacidad para cambiar el contexto socio-económico se suple, en buena medida, por el control de la natalidad. Los países centrales redujeron ostensiblemente sus programas eugenésicos para este control en los países periféricos desde que éstos mismos se encargaron de promoverlo bajo la excusa del enfoque de derechos.

¿Cobertura universal de la contracepción en Argentina?

En la página oficial del Ministerio de Salud de la Nación puede leerse: “Casi cuatro millones de mujeres de 15 a 49 años de edad no embarazadas y sin cobertura en salud acceden gratuitamente a métodos anticonceptivos”²². Como las mujeres no embarazadas entre esas edades suman casi diez millones, el Ministerio se alaba de cubrir a menos del 40%, pero no se hace cargo de lo que significa la permanente caída de la cobertura pública real. Para peor, menciona a mujeres “sin cobertura”, calificativo no contemplado en la Constitución Nacional ni en los Tratados Internacionales a los que el país adhiere

En la misma página, el Ministerio también informa que en 2014 el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable incorporó un método de nueva generación: un implante subdérmico con 99% de efectividad durante 3 años destinado a jóvenes de 15 a 19 años que ya atravesaron un episodio obstétrico y “que no tengan obra social ni prepaga”. Como el Estado no obliga a OOSS ni Prepagas a cubrir este implante, no garantiza una cobertura universal e igualitaria frente a la misma necesidad.

21 Véase, por ejemplo, la difusión que realiza la Alianza Argentina para la Salud de la Madre, Recién Nacido y Niño (ASUMEN) de la política oficial en cuanto a la Mortalidad Materna: Estrategias para su disminución, http://www.asumen.org.ar/pdf/ppt_debate_julio13/11_Speranza.pdf. La Asociación Argentina para la Protección Familiar, entiende la protección como reducción de embarazos indeseados, al igual que la Fundación para la Salud de la Adolescente, socia argentina de la Federación Internacional de Planificación Familiar.

22 http://www.msal.gov.ar/prensa/index.php?option=com_content&view=article&id=2554:en-una-decada-los-principales-indicadores-sanitarios-de-las-mujeres-mejoraron-de-forma-ininterrumpida&catid=6:destacados-slide2554#sthash.05hWR5Nf.dpuf

MORTALIDAD MATERNA EN ARGENTINA

En el Cuadro siguiente pueden observarse las tasas del país y de sus 24 jurisdicciones en años seleccionados entre 2003 y 2013.

Cuadro 1: Evolución de la tasa de mortalidad materna entre 2003 y 2013 en años seleccionados, por provincias argentinas.

	2003	2006	2009	2013
REPÚBLICA ARGENTINA	44	48	55	32
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	12	18	18	16
Buenos Aires	25	38	40	30
Catamarca	25	44	160	15
Córdoba	14	28	72	23
Corrientes	75	48	49	75
Chaco	81	128	97	49
Chubut	86	67	40	40
Entre Ríos	63	66	90	27
Formosa	135	107	150	92
Jujuy	155	165	83	8
La Pampa	52	37	36	35
La Rioja	169	96	80	112
Mendoza	38	34	26	35
Misiones	62	125	93	47
Neuquén	51	18	52	18
Río Negro	19	18	17	33
Salta	69	40	84	51
San Juan	49	64	62	54
San Luis	82	71	98	0
Santa Cruz	111	39	52	50
Santa Fe	35	40	71	28
Santiago del Estero	55	41	58	23
Tucumán	73	68	39	17
Tierra del Fuego	44	0	38	0

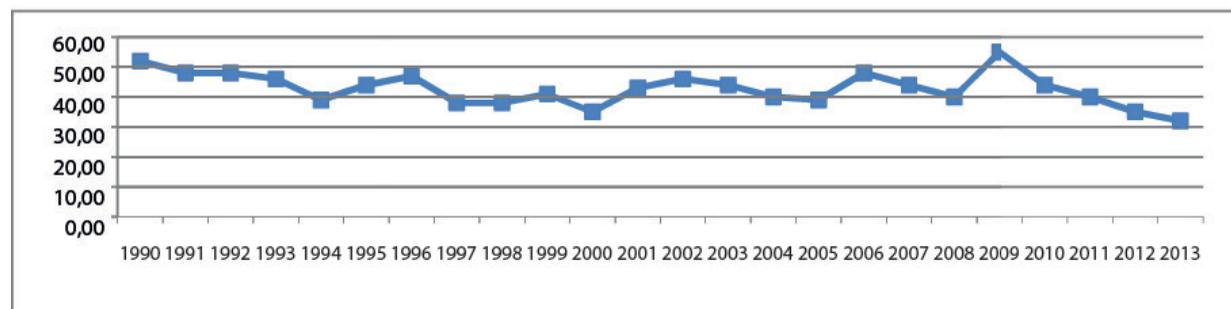
Fuente: elaboración propias en base a estadísticas vitales DEIS, publicación 2013.

La tasa de mortalidad materna es muy alta en Argentina, no sólo en comparación con otros países, sino con otros indicadores sociales como la mortalidad infantil, la alfabetización y el gasto en salud.

La información oficial revela un marcado descenso en 2013, como se observa en el Gráfico siguiente.

Gráfico 1

Evolución de la tasa de mortalidad materna en Argentina, 1990-2013



Fuente: elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud, Ministerio de Salud de la Nación (DEIS)

Así y todo, Argentina quedará lejos de la Meta del Milenio²³, tal como reconoció quien fuera la máxima autoridad del Ministerio de Salud de la Nación²⁴. Para cumplir con la Meta el país debía reducir la tasa a una cuarta parte entre 1990 y 2015, desde 54 a 13 cada 100 mil nacidos vivos

Si el avance se estabiliza, no puede ignorarse el importante sub registro de la mortalidad materna. Tanto que dos estudios encontraron entre 10% y 200% más muertes maternas en 6 provincias y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, respectivamente, en comparación con los informes oficiales²⁵. Este sub registro se extendería a la Región, de modo que no sería un problema específico de Argentina²⁶. La falta de credibilidad en estadísticas de Argentina no es entonces un problema solamente de organizaciones internacionales, algunas de ellas sospechadas de tendenciosidad²⁷.

23 Naciones Unidas, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo: Metas e Indicadores ODM (Objetivos de Desarrollo para el Milenio), <http://www.undp.org/spanish/mdg/goallist.shtml>

24 Reportajes al ex Ministro de Salud de la Nación, Ginés González García, Florencia Halfon-Laksman, Muy lejos de la meta fijada por la ONU: no logran bajar la tasa de mortalidad materna, diario Crítica de la Argentina, 15.12.2009, edición impresa, <http://prensa.cancilleria.gov.ar/noticia.php?id=19259128>

25 Althabe, Fernando, y Sebastián García Martí, Jorge Vinacur y José M Belizán, New model estimation of maternal mortality, The Lancet - 5 June 2010 (Vol. 375, Issue 9730, Pages 1966-1967

26 Los organismos internacionales estiman un subregistro del 100% en las estadísticas oficiales de mortalidad materna, según encuestas e investigaciones en toda la región. Por lo tanto estamos ante un problema mucho más grave (mensaje personal de Roberto Casale, Docente de Obstetricia, Universidad de Buenos Aires)

27 OMS – UNICEF- UNFPA – Banco Mundial, Mortalidad Materna en 2005, difundido en 2008, http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243596211_spa.pdf. No se incluye a Argentina entre 60 países con registro confiable de muerte materna y

Como la tasa de mortalidad materna se calcula en relación con los nacimientos, si en un año se registran nacidos vivos de años anteriores la tasa de mortalidad materna disminuye artificialmente, como sucedió en la Provincia del Chaco hace poco más de una década²⁸.

Recién para 2012, luego de décadas con tasas en esas cifras, Argentina informa²⁹ una reducción a 35 cada 100 mil nacidos vivos. En 2013, la tasa bajó aún más, a 32 cada 100 mil. Para considerar que estas tasas reflejan un quiebre en la tendencia, deberán permanecer o reducirse aún más a lo largo de varios años. Vale recordar que en 2000 había bajado a 35 y en 2009 ascendió a 55 por 100 mil³⁰.

Pero la información oficial omitió esta variación anterior y atribuyó la baja a una política de gobierno tomando como año de comparación al peor año, 2009, que había tenido una *tasa pico*³¹.

El Ministerio de Salud de la Nación en el Día de la Mujer no tuvo recato en difundir información errónea: "En una década los principales indicadores sanitarios de las mujeres mejoraron de forma ininterrumpida"³².

Estas comparaciones sesgadas, ocultan el problema y generan una falsa sensación de tranquilidad mientras no se modifican las condiciones sistémicas, sanitarias y sociales, que determinan muertes maternas.

Del mismo modo, la Provincia de Buenos Aires anunció la baja de la tasa a 28 muertes maternas cada 100 mil nacidos vivos entre 2011-2013, partiendo de 43 en 2010. Pero omitió que el pico más bajo había sido de 13 muertes maternas cada 100 mil nacidos vivos en el año 2000, o sea menos de la mitad que la tasa considerada exitosa 13 años después³³. Tampoco informó la Provincia que el año 2010 que eligió como base de comparación, fue el de más alta tasa desde 1990, y que en ese lapso la mayoría de las tasas fueron menores a las de la serie 2011-2013.

INEQUIDAD Y MORTALIDAD MATERNA

En Argentina la inequidad resulta evidente si se tiene en cuenta que la mortalidad materna predomina en mujeres fundamentalmente pobres y de provincias empobrecidas (ver Gráfico siguiente).

La gran mayoría de las complicaciones del embarazo, del aborto provocado, del parto, del puerperio (post-parto) y sus desenlaces en muertes maternas, perinatales (muerte fetal desde la semana 28 hasta los 7 días de vida del bebé) e infantiles provienen de las áreas más desfavorecidas, o sea, de las que padecen desnutrición, bajo nivel educacional y altos niveles de pobreza.

Justamente, al revés del principio epidemiológico de cubrir a la población más vulnerable y expuesta, el sistema de salud generalmente no le ofrece servicios o son de menor calidad.

Las disparidades de la tasa entre regiones del país son muy alarmantes, con mayores tasas en el NEA, seguido

de especificación de causas, pero sí a Barbados, Chile, Costa Rica, Cuba, México, Puerto Rico, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela entre los países latinoamericanos

28 En cambio, en los años que se subregistran nacimientos, algo reconocido por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud en varias jurisdicciones, la mortalidad materna parece que aumenta (Ministerio de Salud – Organización Panamericana de la Salud: "Omisión de registro de nacimientos y muertes infantiles. Magnitud, desigualdades y causas.". ISBN 978-950-710-110-6. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Marzo 2008). Para subsanar los subregistros se han propuesto, a nivel internacional, diversas medidas (UNICEF: "El derecho al registro universal y oportuno de niñas y niños. Avances y desafíos para la normativa legal y las estadísticas vitales". Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Mayo 2013)

29 Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Estadísticas Vitales: Información Básica-2012, <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro56.pdf>, Ministerio de Salud, página 88

30 Ministerio de Salud-OPS, Indicadores Básicos 2001 y 2011, respectivamente

31 Sohr, Olivia, CFK sobre la mortalidad materna: "[Entre 2009 y 2013] la hemos reducido a la mitad", <http://www.chequeado.com/ultimas-noticias/2079-cfk-sobre-la-mortalidad-materna-entre-2009-y-2013-la-hemos-reducido-a-la-mitad.html>, 23-6-2014, visto el 30-6-2014

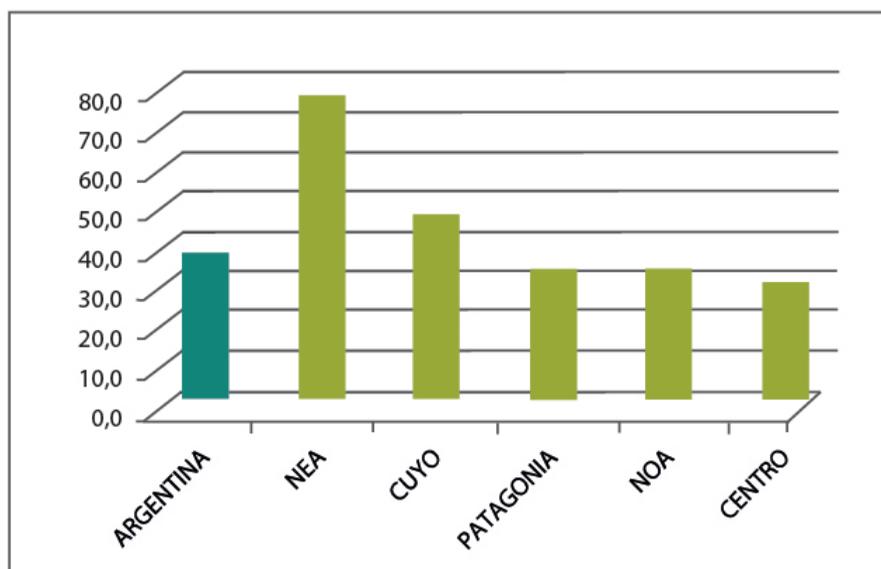
32 Página de Información Pública y Comunicación del Ministerio de Salud de la Nación, http://www.msal.gov.ar/prensa/index.php?option=com_content&view=article&id=2554:en-una-decada-los-principales-indicadores-sanitarios-de-las-mujeres-mejoraron-de-forma-ininterrumpida&catid=6:destacados-slide2554

33 Ministerio de Salud de la Pcia. de Buenos Aires, <http://www.ms.gba.gov.ar/estadisticas/>, vista 26-10-2014

por Cuyo, como se observa en el Gráfico. El hecho de que el NOA presente una tasa menor a Cuyo y similar a Patagonia probablemente habla de su sub registro.

Gráfico 2

Tasas de mortalidad materna en Argentina y sus regiones, 2013



Fuente: elaboración propia con base en datos de la DEIS

Las jurisdicciones que muestran peores indicadores son La Rioja (112), Formosa (92), Corrientes (75), San Juan (55), Salta (51). En cambio Tierra del Fuego (0), Jujuy (8), Catamarca (15), la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (16), Tucumán (17) y Neuquén (18), detentan las tasas más bajas del país. Como vemos 3 provincias son del NOA, con bajas importantes de la tasa en el último año, siendo de destacar el ejemplo de Jujuy que en 2012 tuvo una tasa de 77 pasando en 2013 a un valor de 8. Este descenso desmesurado puso en duda el registro de datos. Duda que se despeja cuando en siete meses de 2015 las muertes maternas en Jujuy ya serían 7, con una tasa proyectada de mortalidad materna que ya es de 53 por 100 mil, o sea, si no se suma ninguna muerte más. La gravedad de estas diferencias generó una investigación del Defensor del Pueblo de la Nación³⁴.

³⁴ Eizayaga, Amalia, Jujuy: polémica por muertes maternas, diario La Nación, Buenos Aires, 28 de mayo de 2015, <http://www.lanacion.com.ar/1796748-jujuy-polemica-por-muertes-maternas>

INDUSTRIALIZACIÓN Y MORTALIDAD MATERNA

En 2013, 4 de las 5 jurisdicciones industrializadas (CABA, Buenos Aires, Córdoba, y Santa Fe), tienen una tasa de mortalidad materna inferior a la media nacional con la excepción de Mendoza que se ubica alrededor de la tasa nacional. En cambio, 11 de las 19 no industrializadas tienen una razón mayor que la media nacional. En este grupo las jurisdicciones de mayor tasa podrían ser más de 11 si se considera que en ese año hay llamativos descensos que sugieren sub registro en algunas de ellas. De todas maneras, está clara la relación inversa de la mortalidad materna con el desarrollo económico.

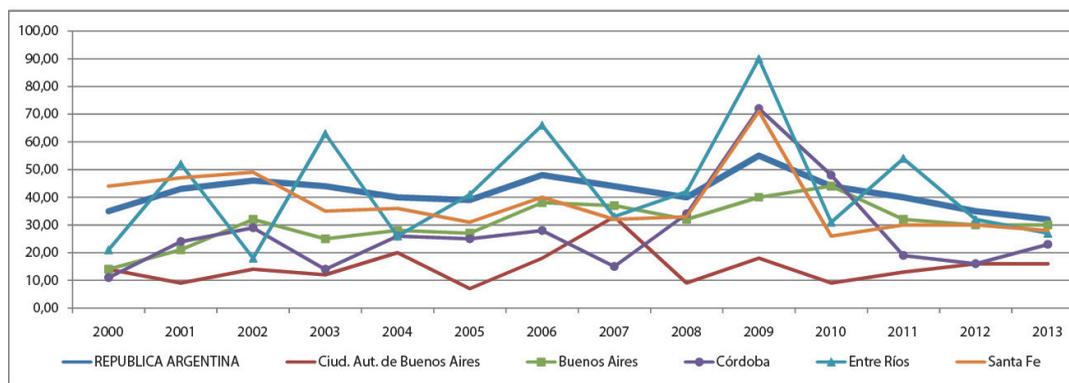
DIFERENCIAS REGIONALES EN LA MORTALIDAD MATERNA

Se grafican y comentan a continuación las diferencias regionales en la mortalidad materna entre 2000 y 2013. En el Anexo I se presentan y comentan otras diferencias regionales en variables vinculadas a la maternidad.

A) REGIÓN CENTRAL

En la Región Central del país hay variaciones anuales del indicador en todas las jurisdicciones pero más en algunas como Entre Ríos que tiene pronunciados valles y picos en su curva. Por otra parte es sumamente notable la diferencia entre el nivel de CABA que casi siempre se ubica por debajo de 20, con el resto de las jurisdicciones, que tienen valores más altos, especialmente con Entre Ríos que presenta niveles que superan las 60 muertes maternas por 100.000 en una serie de 3 años del período considerado, pero también con Santa Fe, que muestra niveles siempre superiores a 25. En comparación con la curva nacional, las jurisdicciones de la Región Centro tienden a mostrar tasas más bajas.

Gráfico 3: **Tendencias temporales de la tasa de mortalidad materna en provincias de la Región Centro del país, de 2000 a 2013**



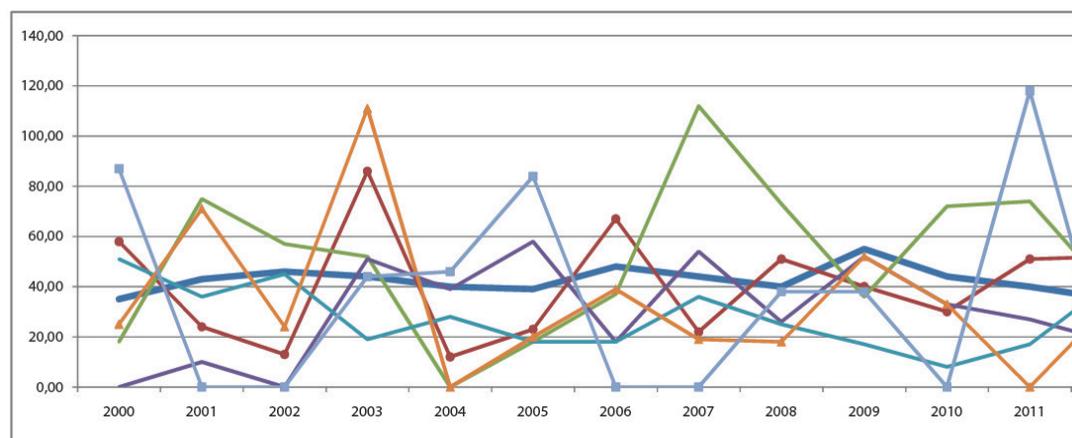
Fuente: elaboración propia con base en datos de la DEIS

REGIÓN PATAGÓNICA

Río Negro mantiene niveles bajos de manera constante en el período, mientras que el resto tiene tasas muy variables, que en algunos años superan el nivel de 100 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, como son los casos de Santa Cruz, La Pampa y Tierra del Fuego en los años 2003, 2007 y 2011, respectivamente. En este sentido las provincias de la Región se comportan de un modo diferente a las del Centro, cuyas tasas son más bajas y menos variables a lo largo de los años. Respecto de la curva nacional, la región patagónica presenta en general niveles inferiores del indicador pero en menor medida que la Región Central.

Gráfico 4

Tendencias temporales de la tasa de mortalidad materna en provincias patagónicas, de 2000 a 2013 por cada 10 mil nacidos vivos.

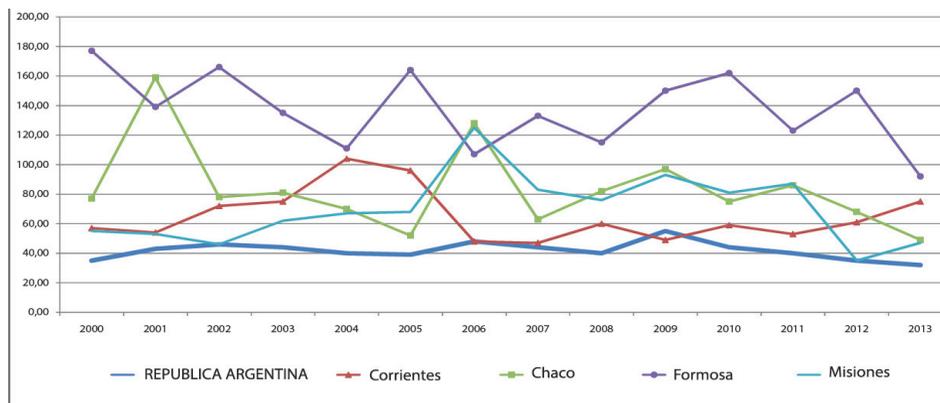


Fuente: elaboración propias con base en datos de la DEIS

C) REGIÓN NORESTE (NEA)

Como puede verse en el siguiente Gráfico, todas las provincias del NEA tienen niveles de mortalidad materna muy superiores a los de la Nación en todo el período analizado. Formosa es la Provincia con mayores tasas de la región y también del país, siempre por encima de 100 muertes por 100.000 nacidos vivos, con excepción del año 2013 que se ubica alrededor de las 90 muertes maternas por 100000, un valor aun extremadamente alto.

Gráfico 5: Tendencias temporales de la tasa de mortalidad materna en provincias del NEA, de 2000 a 2013 por cada 10 mil nacidos vivos

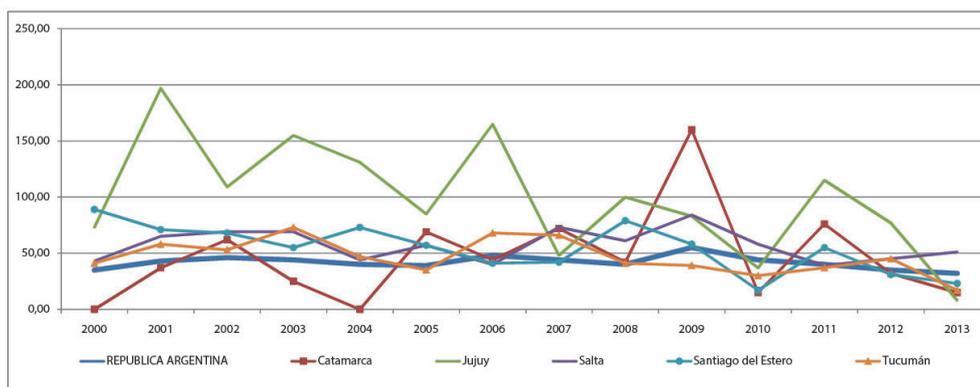


Fuente: elaboración propias con base en datos de la DEIS

D) REGIÓN NOROESTE (NOA)

De manera similar a lo que ocurre con el NEA, todas las jurisdicciones del NOA tienden a mostrar tasas mayores a la nacional hasta el año 2010. Jujuy alcanza en 2001 una tasa de 200 por 100.000 nacidos vivos, que es la más alta del país en el período, manteniendo niveles altos hasta 2011 seguidos de una tendencia a la baja. Llama la atención que en 2013 todas las provincias del NOA con excepción de Salta muestran niveles más bajos que la tasa nacional, coincidiendo con el señalamiento anterior de un posible sub-registro.

Gráfico 6: Tendencias temporales de la tasa de mortalidad materna en provincias del NOA, de 2000 a 2013 cada 10 mil nacidos vivos.



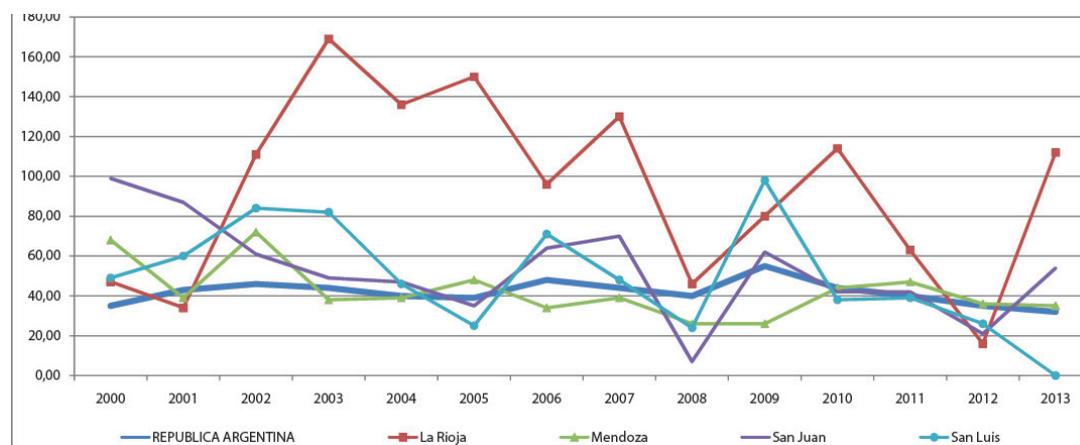
Fuente: elaboración propias con base en datos de la DEIS

E) REGIÓN CUYO

En esta región, La Rioja tiene tasas generalmente similares a las provincias de NEA y NOA con tasas más altas. El resto de las jurisdicciones tiene tasas de alrededor de 50 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, siendo Mendoza la provincia con tasas más bajas, si bien en varios años del período sus tasas superan a las nacionales

Gráfico 7

Tendencias temporales de la tasa de mortalidad materna en provincias de Cuyo, de 2000 a 2013 cada 10 mil nacidos vivos.



Fuente: elaboración propias con base en datos de la DEIS

En resumen:

- La Región Central tiene las tasas más bajas y más constantes en el período, seguidas por Patagonia.
- NEA y NOA tienen tasas sensiblemente mayores, destacándose Formosa y Jujuy con niveles muy altos en la mayor parte del periodo analizado.
- Cuyo tiene niveles intermedios entre las provincias patagónicas y centrales por una parte, y las de NEA y NOA por la otra, con excepción de La Rioja, que frecuentemente alcanza niveles similares a Formosa y Jujuy
- El NOA muestra importantes descensos de sus tasas en 2012 y 2013 pero, como se ha dicho, es probable la existencia de sub registro.

ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD MATERNA

Las muertes maternas se clasifican en 3 tipos:

- Causas obstétricas directas: resultan de la gestación, parto y puerperio; duplican a las indirectas
- Causas obstétricas indirectas: resultan de un problema de salud preexistente al embarazo, y se agravan por éste
- Aborto

La mayor proporción de muertes maternas no ocurre durante embarazo ni en el parto, sino durante los días subsiguientes³⁵.

Cuadro 2:

Razones de mortalidad materna según grupos de causas por 100 mil nacidos vivos, Argentina, 2013

GRUPOS DE CAUSAS	POR 100 MIL
TOTAL	32
ABORTO	7
CAUSAS DIRECTAS	17
1. Hipertensión	5
2. Sepsis (infección generalizada)	4
3. Hemorragia	3
4. Otras	3
CAUSAS INDIRECTAS	8
1. Circulatorias	2
2. Respiratorias	2

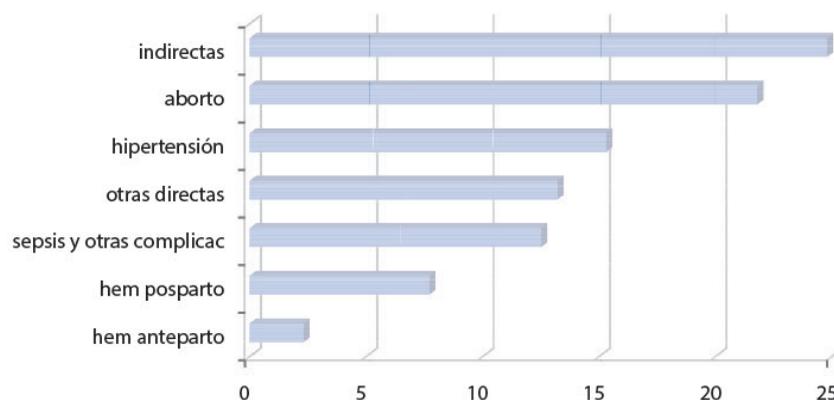
Fuente: Dirección de Estadísticas e Información de Salud.

35 Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: Día Mundial de la Salud 2005 ¡Cada madre y cada niño contarán! (en español). Último acceso 4 de marzo, 2008.

En el siguiente Gráfico se observa el porcentaje de las causas de mortalidad materna en año 2013.

Gráfico 8

Distribución porcentual de las muertes maternas según grupos de causas. Argentina. 2013



Fuente: elaboración propia en base a datos DEIS. Estadísticas vitales. Información básica. Año 2013.

CONDICIONES DE LOS SERVICIOS

Otras condiciones de la mortalidad materna están más directamente ligadas al sistema de salud, y entonces dependen de un fuerte viraje a favor de la calidad de la atención del embarazo y del parto, para evitar iatrogenias (daños producidos por el sistema de atención de la salud) y para aumentar la utilización de procedimientos y tecnologías de eficacia probada.

En nuestro país, según un análisis provisto por el Ministerio de Salud de la Nación a UNICEF, por lo menos un 10% de los nacimientos de 2010 ocurrió en instituciones públicas que no cumplieran las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE)³⁶.

Las CONE fueron definidas por la OMS como los recursos (humanos, físicos y económicos) indispensables en todas las maternidades para garantizar la mayor seguridad en la atención materno-infantil al momento del parto. Complementariamente, el Ministerio de Salud de la Nación difundió que en una evaluación de 630 maternidades públicas del país sólo el 44% cumplía todas esas condiciones. Un 8% las incumplía totalmente. La condición menos cumplida fue la disponibilidad de sangre para transfusión: solo el 54% de las maternidades evaluadas cumplía esta condición.

De todos modos tales condiciones son una parte indispensable, pero insuficiente para la atención de la madre, como lo revelan distintos modelos de análisis que veremos ahora.

36 UNICEF, ¿Qué significa garantizar una adecuada cobertura de la atención materna y neonatal?, Comunicado: Nacer con iguales oportunidades: controles prenatales y en un lugar adecuado http://www.unicef.org/argentina/spanish/media_26080.htm, vista el 1-6-2015

MODELOS EXPLICATIVOS DE LA MORTALIDAD MATERNA Y ACCIONES PARA REDUCIRLA

Hay modelos de análisis³⁷ que, a partir del diagnóstico, orientan la acción en 3 niveles³⁸:

- Lejanos o del contexto socio-económico-cultural, reduciendo las probabilidades de que las mujeres se embaracen.
- Intermedios o del sistema de atención, reduciendo las probabilidades de que desarrollen una complicación durante el embarazo y el parto
- Cercanos o clínicos, reduciendo las probabilidades de morir cuando se desarrolla una complicación

Otros modelos diferencian el momento de la acción³⁹, actuando en 5 componentes (necesidades, ambiente, sistema de salud, efectos de la economía de mercado, resultados de la atención de la salud) en estos momentos:

- Antes del embarazo
- Antes del parto
- Durante el parto
- Durante el postparto

Y otros modelos conjugan el abordaje en la mortalidad materno-infantil⁴⁰ actuando sobre:

- Factores inmediatos: congénitos, cuidados, infecciones y nutrición
- Factores subyacentes: conocimiento y hábitos
- Factores básicos: pobreza, exclusión y discriminación social

La complejidad, y por tanto las influencia de varias condiciones sobre las cuales actuar en cada nivel y momento, se opone al reduccionismo de quienes restringen el control prenatal de la mortalidad materna a cuestiones biológicas. O de quienes sobreestiman el aporte por parte de servicios de aborto seguro para bajar la mortalidad materna⁴¹, sin mencionar otras causas tanto o más evitables en cuanto son provocadas por el sistema de salud, como la cesárea, a la cual nos referiremos con mayor extensión más adelante.

Sin embargo, ninguno de estos modelos considera la determinación social (nosotros la llamaríamos socio ambiental) como ha sido estudiada desde hace más de 30 años por la epidemiología latinoamericana⁴². El primer modelo enfatiza el control de la natalidad para bajar la mortalidad materna, en clara oposición a la voluntad de autodeterminación de los pueblos y en adhesión a la teoría de Malthus que ha sido relegada por su contradicción con los hechos. El segundo, de la OMS, desagrega factores de la mortalidad materna sin dar

37 Romero, Mariana, y coautores, Modelos de análisis de la morbimortalidad materna, Hoja Informativa del Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, n° 3, octubre 2010, http://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas_informativas/hoja_3.pdf

38 Maine D. Programas de reducción de mortalidad materna. Opciones y Planteamientos. Nueva York: Centro para la población y la salud familiar. Universidad de Columbia, 1992.

39 World Health Organization. Mother Baby Package. Implementing safe motherhood in countries. A practical guide. WHO; 1996, www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/WHO_FHE_MSM_94_11/en/index.html

40 UNICEF, Estado Mundial de la Infancia 2009. Salud Materna y Neonatal. Nueva York; 2008, FullReport-ESP.pdf

41 Singh S, Darroch J, Ashford L, Vlassof M. Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health, New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund, 2009.

42 Jaime Breilh. Epidemiología: Economía, Medicina y Política. Quito: Universidad Central del Ecuador, 1979 (este texto sería el primero que trabajó con la categoría "determinación social")

lugar a ninguna interrelación de todos ellos. Y el tercero, de UNICEF, refiere a emergentes (pobreza, exclusión y discriminación), sin discutir el sistema de acumulación que genera esos emergentes: la apropiación de la riqueza social mediante la explotación del hombre y de la naturaleza.

La determinación socio ambiental nos lleva a asumir a la mortalidad materna como uno de los fenómenos que son consecuencia de desigualdades. Pensemos que la tasa alta de nuestro país se construye con la mortalidad materna de clases altas, medias y bajas, pero son estas últimas las que generalmente aportan más al nivel del indicador. Pero el sistema no considera relevante cruzar mortalidad materna y clase social.

MORTALIDAD MATERNA Y CONTEXTO SOCIAL

Según la OMS, cuando la tasa de mortalidad materna es de 20 por cien mil nacidos vivos, dos tercios se deben a problemas socioeconómicos, educacionales y nutricionales. Como Argentina está muy arriba de esa tasa, estos factores tienen una vigencia enorme en el país y no se podría reducir adecuadamente la mortalidad materna sin un desarrollo social con equidad.

En 2015 más de 100.000 mujeres inscriptas en el Programa SUMAR, continuación ampliada del Programa Nacer, recibieron la Asignación Universal por Embarazo. Es una medida para distribuir el ingreso. Pero su alcance es muy limitado frente a las 700.000 mujeres que se embarazan cada año. Aunque se universalizara su alcance, no se estaría haciendo frente a la falta de una justa política redistributiva del ingreso para todos los hogares y personas. Más: desde nuestro punto de vista, los comportamientos del sistema de salud no pocas veces potencian la marginación social, el desempleo, la pobreza, la deserción escolar, la desinformación. Y no siempre se trata de una carencia legislativa ni de un desconocimiento científico. Las normas frecuentemente están, pero el problema es su incumplimiento, como sucede con la Ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable y las Resoluciones del Ministerio de Salud referidas a la atención del parto⁴³. O sea, hay suficiente basamento técnico y legal, pero deficiente estrategia, pobre decisión política y limitada gestión socio-sanitaria.

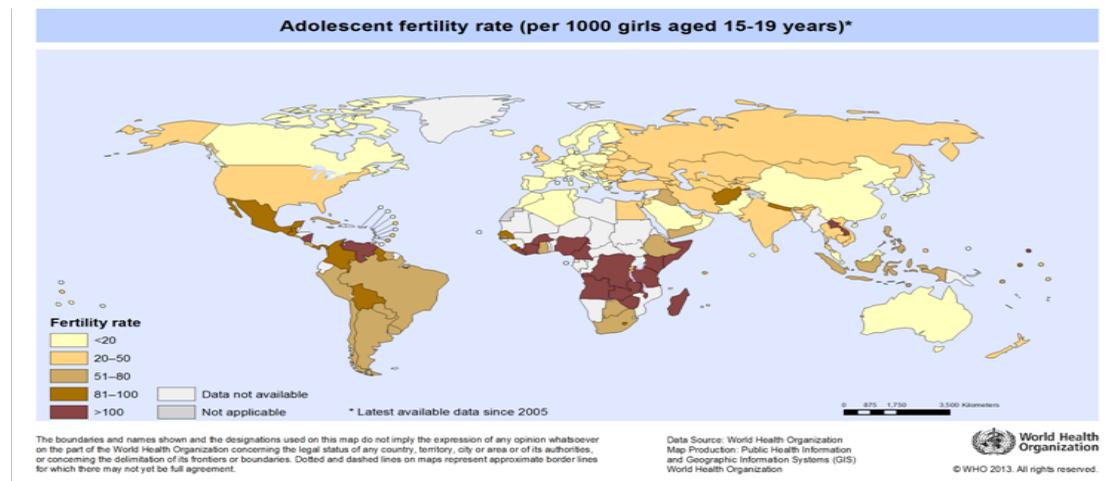
EDAD DE LA MADRE Y MUERTE MATERNA

A) Embarazo adolescente

Es una de las condiciones que incrementa el riesgo de mortalidad materna. El Gráfico siguiente muestra que Argentina, como muchos otros países de América del Sur, está en el grupo intermedio, con una proporción de 51 a 80 embarazos por cada 1.000 adolescentes entre 15 y 19 años, por arriba de cualquiera de los países de Norteamérica y de Europa Central. Obsérvese como Canadá y Europa Central tienen tasas menores de 20, las más bajas del planeta, coincidiendo con sus tasas más bajas de mortalidad materna.

43 Res. 348/2003 MS (21/5/2003), Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Maternidad.- Res. 856/93 (29/10/1993), Normas de Atención del Embarazo Normal, Parto de Bajo riesgo y Atención Inmediata del Recién Nacido.- Res. 647/2003 MS (5/12/2003) Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia Médica. – Res. 648/2003 MS: El Cuidado Prenatal. Guía para la Práctica del Cuidado Preconcepcional y del Control Prenatal

Mapa 3: Tasa de embarazo en mujeres de 15 a 19 años de edad, por países, año 2013



El riesgo de morir durante el embarazo o el parto es mayor antes de los 15 años, luego baja, y finalmente vuelve a aumentar a partir de los 35 años.

La maternidad juvenil se concentra fuertemente en hogares de bajo nivel socioeconómico: el 80% de las mujeres jefas de hogar o cónyuges con 15 a 24 años de edad y uno o más hijos, viven en hogares de ingreso más bajo. De manera que la prioridad para dirigir los recursos del sistema de salud debe guiarse más por la clase social que por otras condiciones de la embarazada como, por ejemplo, la jurisdicción de residencia. El embarazo adolescente es una dificultad grave para la instrucción: la mitad de las adolescentes que abandonan la escuela, están embarazadas o son madres, de manera que limitan sus capacidades culturales y su futuro laboral⁴⁴. Pero esta dificultad se suma a la pobreza: el 10% de niñas de hogares más pobres tiene 7 veces menos chances de estar en el año escolar acorde a su edad que el 10% de niños de clases medias profesionales. Y luego es aún peor: en la escuela media, la diferencia se amplía a 25 veces⁴⁵.

Más allá de las responsabilidades del Sector Salud en la mortalidad materna, hay cuestiones que, como el embarazo adolescente, tienen un trasfondo social estructural que exige medidas de distintos sectores, no sólo del sector salud. Y, como se ve en el siguiente Cuadro se está lejos de la mejoría de este problema en los últimos años. Es preocupante observar la proporción constante o creciente de las madres menores de 20 años, con mayor riesgo para sí y el recién nacido, en 17 de las 24 jurisdicciones del país desde el año 2000 hasta el 2013, tal como se observa en las no sombreadas del siguiente Cuadro. Sin contar el costo que genera la atención de estas situaciones desventajosas para las provincias más empobrecidas.

44 Ministerio de Desarrollo Social-UNICEF, Encuesta de condiciones de vida de niñez y adolescencia: principales resultados` 2011-2012, Ministerio de Desarrollo Social, Buenos Aires, 2013

45 Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA) de la Universidad Católica Argentina, Barómetro de la Deuda Social de la Infancia, Buenos Aires, 2012

Cuadro 3: **Porcentajes de madres menores de 20 años entre 2000 y 2013**

	2000	2005	2010	2013
REPÚBLICA ARGENTINA	15,2	15,0	15,6	15,6
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	6,5	6,7	6,8	6,8
Buenos Aires	12,3	12,5	13,3	13,3
Partidos del Gran Bs. As.	11,8	12,3	13,2	13,4
Catamarca	19,5	19,0	19,4	20,2
Córdoba	16,3	13,7	14,7	13,8
Corrientes	18,6	19,5	20,4	21,2
Chaco	24,5	24,5	25,7	24,4
Chubut	18,4	16,8	15,9	14,7
Entre Ríos	18,0	17,9	18,6	17,7
Formosa	20,2	21,9	23,2	24,4
Jujuy	17,9	18,8	18,1	19,6
La Pampa	17,9	18,0	17,7	16,1
La Rioja	16,8	18,7	18,4	18,2
Mendoza	13,6	14,8	15,5	15,8
Misiones	20,5	21,9	20,9	23,0
Neuquén	17,9	16,7	16,0	15,4
Río Negro	18,3	17,9	17,2	15,8
Salta	19,3	17,1	17,5	20,6
San Juan	14,5	14,6	16,6	17,8
San Luis	17,0	16,8	18,4	17,2
Santa Cruz	16,1	16,2	16,0	14,9
Santa Fe	18,3	17,8	17,7	16,3
Santiago del Estero	17,7	19,2	20,9	22,0
Tucumán	15,7	16,9	17,4	18,2
Tierra del Fuego	12,2	15,8	13,2	11,1

Fuente: DEIS, anuarios de estadísticas vitales de cada año.

B) Embarazo en edades mayores. Fertilización asistida

En un estudio de Chile con amplia casuística⁴⁶, la razón de muerte materna se duplica luego de los 40 años y se triplica luego de los 45. En Argentina este dato se recoge pero no se informa entre las estadísticas vitales oficiales de Nación. El embarazo a esas edades avanzadas aumenta entonces la mortalidad fetal, la mortalidad infantil y la mortalidad materna. La legislación de la fertilización asistida (técnicamente, debería llamarse de fecundación asistida) viene a solucionar un problema importante de larga data. Extiende la utilización de técnicas simples y habilita el

⁴⁶ Donoso, Enrique y coautores, La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil, RevMed Chile 2014; 142: 168-174, Santiago de Chile, <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v142n2/art04.pdf>, vista 27-10-2014

desarrollo de técnicas complejas basadas en la crío preservación y el trabajo in vitro.

Pero también puede aumentar la mortalidad materna dado que la Ley de Argentina no fija ningún límite de edad. Claro que la Ley no es sólo muda en este punto, sino que abre otros desarrollos de amplia discrecionalidad. Y un caso extremo: no limita el sexo. Así, los varones deseosos de ser *madres* podrían ampararse en la ley para que previa feminización química les inserten embriones en el peritoneo, con parto por laparotomía cuando se alcance la viabilidad fetal⁴⁷. Y con el embarazo paterno, será necesaria una nueva tasa de mortalidad que dé cuenta de la muerte de varones durante su embarazo, parto y puerperio. Este campo de discusiones y prácticas es también un campo fértil para nuevos negocios privados, porque la Ley no determina una preponderancia pública en su desarrollo.

REDUCIBILIDAD

La ayuda durante el embarazo data en Occidente desde el s. VII, cuando Luis XIV estableció esa obligación con una norma que le quitó su condición puramente natural o librada a la intervención divina. Primero se desarrolló la Toco-Ginecología como una especialidad clínico-quirúrgica y luego se le incorporaron conocimientos epidemiológicos para la mortalidad materna como un problema de salud pública⁴⁸. Se considera que recién a partir de 1950 el sistema de atención de la salud pudo reducir la mortalidad materna

Se considera que la muerte materna es inevitable “cuando la evolución de la enfermedad, el embarazo o la complicación, no puede ser alterada, a pesar de un adecuado manejo o de emplear los recursos necesarios, de manera correcta y oportuna”⁴⁹.

La alta proporción de mortalidad materna evitable implica que los conocimientos existentes no se aplican debidamente: el embarazo suele ser fácil de controlar, el parto es generalmente espontáneo y sin complicaciones, y el postparto tiene menos complicaciones que el parto. A pesar de ello, la alta mortalidad materna es un problema mundial⁵⁰. A qué se debe? Además de determinaciones sociales más generales, hay una grave deficiencia del sistema de salud en cuestiones básicas como son la realización de por lo menos 5 consultas prenatales por embarazo y la atención de emergencias obstétricas⁵¹.

La alta tasa de Argentina es menos defendible si se tiene en cuenta que su fecundidad no es alta, que teóricamente hay cobertura universal de la atención prenatal y que la institucionalización del parto es cercana al 100%. Esto nos lleva a pensar en deficiencias de la calidad de atención, que la experiencia demuestra incrementadas en grupos poblacionales vulnerados.

De hecho, la evitabilidad es manifiesta si se tiene en cuenta la desigualdad que afecta más a las jurisdicciones del NOA y del NEA, con una mortalidad materna que es 8 ó 9 veces superior a la de jurisdicciones de otras regiones.

El objetivo de preservar la salud de la madre y del niño requiere, a nivel macro, unas políticas de generación y redistribución de la riqueza social. Pero a nivel del sistema de salud requiere un mínimo necesario y suficiente de intervenciones eficaces y seguras como estas:

47 Esta alternativa fue prevista por Borini, Mario, Fertilización asistida: ¿un problema del Derecho o del revés?, Publicado el 26-6-2012 en <http://atesociosanitario.com.ar/2012/06/fertilizacion-asistida-un-problema-del-derecho-o-del-reves/>

48 http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/01_ene_2k9.pdf

49 Uribe Elías Roberto Mortalidad Materna, http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/01_ene_2k9.pdf, vista el 10-7-2015

50 OPS, Oficina de Información Pública. Seguridad de los pacientes, un problema de salud pública mundial, Washington D.C., 2004. Disponible en www.paho.org.

51 Ramos S, Romero M, Karolinski A, Mercer R, Insúa I, del Río Fortuna C, et al. Para que cada muerte materna importe. Buenos Aires, Argentina, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación CEDES, 2004.

- 1- Protagonismo de la población
- 2- Promoción de la salud, mediante información
- 3- Garantía de cobertura, acceso y trato digno en servicios de calidad
- 4- Uso de normas de apoyo integral a la madre y a su familia (por ejemplo, Maternidad Segura Centrada en la Familia⁵²)
- 5- Evaluación de riesgos de la madre y del niño
- 6- Soluciones a necesidades sociales y nutricionales
- 7- No medicalización del parto normal, con intervención (como la cesárea) solo en caso de necesidad
- 8- Derivación oportuna a otro centro más complejo si el riesgo supera a la propia capacidad de atención
- 9- Vigilancia y corrección inmediata de los eventos adversos

O sea: una gran mayoría de las complicaciones del embarazo y parto son prevenibles y solucionables sin necesidad de tecnologías complejas y caras. Este énfasis no debe eximir al Estado de la presencia de personal calificado, tecnología y erogaciones cuando así se requiere.

A) Control prenatal

Los controles prenatales sirven para:

- Detectar enfermedades infecciosas,
- detectar enfermedades crónicas (presentes en un 15-20% de los embarazos, como hipertensión, diabetes, anemia, patología uterina, carcinoma de mama),
- Asesorar acerca de problemas congénitos (que afectan a un 5-10% de los embarazos),
- Recomendar pautas para estilos de vida.
- Conocer la situación de salud en que se encuentra el feto.

Hay poderosas razones para suponer que los controles durante el embarazo (prenatales) son tanto más útiles cuánto más carenciadas son las poblaciones⁵³. Pero los controles no se realizan según la norma y hay grandes diferencias entre jurisdicciones. "En la Argentina, existe un alto porcentaje de partos institucionales, pero sigue habiendo una baja tasa de utilización de servicios para el control del embarazo"⁵⁴.

Un Cuadro referido al sector público de 15 jurisdicciones muestra que en 3 de cada 4 de ellas las consultas prenatales no llegan a 5, que sus extremos son tan distantes como 6 en Neuquén y 2,4 en Santiago del Estero, que en Tucumán un 37% de embarazos llegan sin control al parto y que solamente un 30% tuvo controles durante el primer trimestre. El 78% de las embarazadas llegaron al parto con alguna consulta prenatal, pero "muchas veces sin los requisitos de precocidad, cantidad, distribución, integralidad y calidad"⁵⁵.

Estos datos toman mayor relevancia aún si consideramos que quienes tienen déficit de controles son las poblaciones más vulneradas.

52 Larguía, Miguel, y coautores, Maternidad Segura y Centrada en la Familia con Enfoque Intercultural: Conceptualización e Implementación del Modelo, 2ª Edición, Ministerio de Salud-UNICEF, Buenos Aires, 2012.

53 Carmelo Mesa-Lago (1992). Atención de Salud Para los Pobres en América Latina y El Caribe, Co-publicación OPS y Fundación Interamericana. Publicación Científica N° 539.

54 Casini, Sergio, y coautores, Guía de control prenatal, IntraMed, Buenos Aires, 2003, <http://www.intramed.net/contenido/ver.asp?contenidoID=23832&pagina=2>

55 Fundamentos de la Resolución 648/2003, Ministerio de Salud, que incorporó la Guía de Control Prenatal al Programa Nacional de Garantía de Calidad, Ministerio de Salud de la Nación

Cuadro 4: **Controles prenatales en 15 jurisdicciones de Argentina**

	Nº de partos	Nº de consultas (media)	Cobertura de Control prenatal (media)	Control prenatal anterior a la 20ª semana (media)
Buenos Aires	34.060	4,8	85,1	44,8
Córdoba	9.855	4,4	79,3	38,8
Chaco ²	10.546	4,8	81,4	47,9
Chubut	554	3,9	88,7	54,4
Corrientes	8.469	3,7	77,7	40,4
Entre Ríos	1.904	5,8	95,1	65,9
Formosa ³	2.145	4,1	86,5	40,3
Jujuy	8.408	3,8	74,5	31,5
La Pampa	347	5,0	89,6	62,6
Misiones	11.816	3,7	72,5	35,4
Neuquén	6.619	6,0	96,2	66,0
Salta	6.378	4,2	85,3	43,8
Santa Fe	16.639	5,1	93,2	56,9
Santiago del Estero ⁴	6.731	2,4	70,4	22,2
Tucumán	19.752	2,8	63,4	14,8
Total en 15 provincias	143.223	3,7	78,20	32,60

Fuente: Fundamentos de la Resolución 648/2003, Ministerio de Salud de la Nación

En el Cuadro siguiente se presentan datos de 8 años más tarde, que revelan una menor proporción de embarazos sin control prenatal, aunque la proporción de embarazos sin controles suficientes es aún muy elevada⁵⁶.

56 Ariel Karolinski, Raúl Mercer, Pablo Salgado, Celina Ocampo y otros. Op. Citado, 2013. Tabla 3. Distribución de Indicadores Seleccionados según dimensión. Argentina 2011 (p. 40). Los datos son de 122 maternidades públicas que realizaron más de 1000 partos anuales cada una o son hospitales cabecera de departamentos, ubicadas en las 24 jurisdicciones

Cuadro 5: **Control prenatal (CPN) y cesárea por Regiones, Argentina, 2011**

	CABA	Centro	Cuyo	NEA	NOA	Patagonia	Buenos Aires	
							Conurbano	Interior
Sin CPN	5,3	4,0	6,6	8,1	10,3	2,8	7,5	3,6
CPN	27,9	28,9	33,9	38,0	41,1	22,2	32,4	30,9

Fuente: Investigación especial del Ministerio de Salud de la Nación y OPS, 2013

Se precisa cierto cuidado para saber a qué período atribuir los avances logrados en controles prenatales. Por ejemplo, el Ministerio de Salud de la Nación expone en su página oficial que entre 2006 y 2012 el control prenatal redujo del 5,5% a 3,0% la proporción de embarazadas infectadas con el parásito *Tripanosoma cruzi* que podrían infectar a sus hijos intra-útero., y estos eventualmente desarrollar la enfermedad de Chagas. Pero tal reducción no refleja cambios recientes, sino lo ocurrido en los últimos 40 años, como científicamente se reconoce⁵⁷.

B) Atención del parto

La mejora en la atención del parto normal es una estrategia fundamental para reducir las enfermedades y la muerte materna. Desde hace tiempo se coincide en que un 82% de los partos en nuestro país podrían ser "normales"⁵⁸, o sea, sin necesidad de intervención médica mediante el uso de instrumentos o medicamentos. Pero debido a la baja calidad de la atención, el porcentaje de partos normales en la realidad es mucho menor.

Se ha demostrado la diferencia de calidad entre establecimientos para la atención obstétrica. Numerosos procedimientos que aún se utilizan en ciertos servicios no tienen valor probado, carecen de valor o incluso provocan riesgos durante el parto normal⁵⁹, como ser:

- a) enema de rutina
- b) rasurado del vello pubiano
- c) canalización preventiva de una vena
- d) exámenes por vía vaginal por más de una persona

57 Spillmann, Cynthia y coautores, Análisis de la situación epidemiológica de la enfermedad de Chagas en Argentina: avances en el control, 2012, Sala de Situación Rev Argent Salud Pública, Vol. 4 - N° 15, Junio 2013, Buenos Aires

58 Schwarcz, Ricardo, Maternidad Segura en Argentina, Capítulo del libro de O'Donnell, Alejandro y Esteban Carmuega, Hoy y Mañana: Salud y Calidad de Vida para la Niñez Argentina, CESNI, 1998, Buenos Aires

59 Grupo Técnico de Trabajo, Cuidados en el parto normal: Una Guía Práctica, OMS-Departamento de Investigación y Salud Reproductiva, Ginebra. 1996, http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_spa.pdf

- e) monitoreo electrónico fetal de rutina
- f) posición horizontal permanente durante la dilatación del canal del parto
- g) presión sobre el fondo del útero durante la salida del recién nacido
- h) episiotomía de rutina (incisión de la pared vaginal para aumentar su diámetro)
- i) analgésicos o anestesia peridural de rutina
- j) aspiración nasofaríngea al recién nacido de rutina para aspirar sus secreciones
- k) sobre-indicación de cesáreas y maniobras instrumentales

C) ¿Parto institucional o domiciliario?

El problema de la alta mortalidad materna en Argentina se agrava cuando se tiene en cuenta que el 99,6% de los partos se realizan en instituciones, sin las garantías para un parto seguro cuando es de riesgo. Por el contrario, otros países, con un 60% de partos en domicilio, tienen una tasa de mortalidad materna muy inferior a la de Argentina. Por ejemplo, ya a fines de los años 80, Dinamarca tenía una tasa de mortalidad materna que equivalía a una quinta parte de la que Argentina tiene hoy, 25 años después y con casi un 100% de partos institucionalizados⁶⁰. Esto pone al descubierto una grave falla del sistema de salud argentino. El sector público no queda bien parado, porque el 60% de los partos se realiza en sus establecimientos⁶¹. Y el sector privado tampoco, considerando entre otros datos que el uso innecesario de la cesárea es mayor en él. Frecuentemente los servicios de maternidad públicos son deficientes, sin calificación para atender complicaciones hemorrágicas y otras urgencias, falta de drogas para contraer el útero cuando su sangrado no puede detenerse, o de cadena de frío para conservarlas, condición que se agrava cuando las derivaciones son tardías⁶².

Respecto del parto domiciliario, vale conocer algo más de lo que pasa en otros países.

Holanda, país desarrollado, tiene un sistema oficial de partos domiciliarios⁶³. Un estudio realizado en la Provincia de Gelderland, comparó el "resultado obstétrico" de partos domiciliarios y partos hospitalarios. Los resultados sugirieron que para una madre primeriza de bajo riesgo un parto domiciliario era tan seguro como uno hospitalario. Y que para multíparas (mujeres que ya tuvieron por lo menos un hijo) de bajo riesgo el resultado del parto domiciliario era significativamente mejor que el hospitalario⁶⁴. No existe ninguna evidencia de que la atención domiciliaria mejore con mayor medicalización del parto⁶⁵.

En Nepal, país subdesarrollado, el hospital pudo mejorar la atención de las embarazadas de alto riesgo cuando las unidades periféricas garantizaron la atención y el cuidado que requerían las de bajo riesgo⁶⁶.

Con estas y otras experiencias se actualiza la validez de las conclusiones de la Federación Internacional de

60 Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Estadísticas Vitales: Información Básica 2012, Ministerio de Salud, Buenos Aires, diciembre de 2013, p. 25

61 Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Estadísticas Vitales: Información Básica 2012, Ministerio de Salud, Buenos Aires, diciembre de 2013, p. 25

62 Mónaco, Antonio, Daniel Fatur y Roberto Casale, Informe Técnico para el Ministerio de Salud de la Nación: Servicio de Maternidad del Hospital Regional Ramón Carrillo de Añatuya en Santiago del Estero, Argentina, 2012

63 Treffers PE, Laan R. Regional perinatal mortality and regional hospitalization at delivery in The Netherlands. *Br J ObstetGynaecol* 1986; 93:690-693.

64 Wiegers TA, Keirse MJNC, Berghs GAH, Van der Zee J. An approach to measuring the quality of midwifery care. *J. ClinEpidem* 1996; 49:319-325.

65 Buitendijk SE. How safe are Dutch home births? In: Abraham-Van der Mark E (ed.). *Successful home birth and midwifery*. Westport, Bergin and Garvey 1993.

66 Nasah BT, Tyndall M. Emerging problems of maternity care in urban settings. In: Nasah BT, Mati JKG, Kasonde JM (eds.). *Contemporary issues in maternal*. 1994

Ginecología y Obstetricia en 1982: una embarazada debería tener el parto en el lugar de menor nivel de complejidad asistencial que le garantice una atención segura⁶⁷. Si el parto va a ser domiciliario, deben existir planes de antemano para remitir a la mujer a un hospital si esto fuese necesario, y la mujer debe tener conocimiento de ello. Informes y experimentos realizados al azar acerca del apoyo ofrecido durante el parto por una persona, matrona, enfermera o “doula”, demostraron que un apoyo continuado supone grandes beneficios en comparación con una atención brindada por personal sanitario de formación más compleja⁶⁸, como partos más cortos, un uso menor de medicación y de anestesia peridural, un menor número de niños con test de Apgar inferiores a 7 y menos partos instrumentales⁶⁹.

En conclusión, lo que necesita el parto natural, asumiendo que es de bajo riesgo, es una continua supervisión por parte de una acompañante experta que sepa detectar la aparición de cualquier tipo de complicación. No es necesaria otra intervención más allá del apoyo y los cuidados.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MORTALIDAD MATERNA EN ARGENTINA

La primera norma de Vigilancia Epidemiológica en Argentina data de 1960 con la Ley 15465 y modificatorias que obliga a las Notificaciones Médicas Obligatorias. Los acuerdos federales para la Vigilancia se expresaron en la Res. MS-394 del Ministerio de Salud, que incorporó Normas del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) dentro del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Al SINAVE se informan todas las notificaciones obligatorias acerca de situaciones de salud que pueden evitarse o atenderse con una acción oportuna. Pero curiosamente no incluye las muertes maternas.

En 1996 se creó la Comisión Nacional Asesora de Vigilancia y Control de la Mortalidad Materna, dentro del entonces Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, que indujo la creación de comisiones jurisdiccionales similares para analizar cada muerte materna, pero por afuera del SINAVE.

El estudio del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)⁷⁰ en Formosa, Chaco, Tucumán, San Luis y Mendoza, demostró que los Comités de Muertes Maternas no están conectados con la Comisión Nacional Asesora de Vigilancia y Control de la Mortalidad dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

También demostró que cuando el registro de datos es oportuno, su análisis es tan tardío que limita o anula la corrección de fallas y no se producen normas en previsión de futuros eventos adversos⁷¹, muchas veces producidos por el sistema de salud^{72,73}.

67 Xth World Congress of Gynecology and Obstetrics October 17-22, 1982

68 Kennell, John H., Howard Slyter, and Marshall H. Klaus, M.D., The Mourning Response of Parents to the Death of a Newborn Infant, *N Engl J Med* 1970; 283:344-349 August 13, 1970

69 Hofmeyr GJ, Nikodem VC, Wolman WL, Chalmers BE, Kramer T. Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding. *Br J ObstetGynaecol* 1991; 98:756-764.

70 Citado por Zulma Ortiz, Silvina Ramos, Mariana Romero, Estudio sobre muertes maternas en la Argentina: situación de la vigilancia. *Bol. ANM* 2006.Vo. 84 (2) Pág. 289-304

71 Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991; 324: 370-376

72 Errors in Health Care: A leading Cause of Death and Injury”, en “To Err is Human”. Building a Safer Health System. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. Committee of Quality in Health Care in America. Institute of Medicine. National Academic Press. Washington D.C. 1999

73 Doing What Counts for Patient Safety: Federal Actions to Reduce Medical Errors and Their Impact. Report of the Quality Interagency Coordination Task Force (QuIC) to the President, February 2000. QualityInteragencyCoordinationTaskForce. Washington, DC

¿QUÉ DECIR DEL “PLAN OPERATIVO DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION PARA REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNO-INFANTIL, DE LA MUJER Y DE LAS ADOLESCENTES”⁷⁴?

Como todo Plan, dada su abarcabilidad, tiene aciertos y desaciertos que no es nuestra intención analizar de un modo taxativo. Preferimos centrarnos en los aspectos que reflejan nuestro punto de vista fundamental en disidencia con el Plan. El Plan Operativo refiere las siguientes actividades: identificación del riesgo, población y área de responsabilidad, sensibilización e información acerca de la problemática, signos de alarma, capacitación del personal, asistencia técnica, regionalización, seguimiento, comunicación, firma de un compromiso mutuo entre las Provincias y la Nación.

Las actividades esenciales quedan formuladas como eventuales, a título apenas propiciatorio: “Propiciar el trabajo intersectorial y la actividad extramuros” (p. 63). El lenguaje no es inocente: el **uso de tiempos verbales dilatorios** o sin plazo, refleja una decisión insuficiente para concretar las propuestas desde ahora y rendir cuentas por ellos.

El presupuesto de los programas que componen el Plan es muy reducido en relación con sus actividades. Decimos que los recursos son insuficientes en personal, tecnología, infraestructura, transporte, administración y financiamiento. **Los recursos de Nación explícitos en el Plan son tan escasos que en comparación con el gasto total del país en salud representa milésimas.** Aún si el Plan contara con fondos nacionales suficientes, las provincias los recibirían a cambio de su subordinación, cuando en realidad les corresponden por ser fondos coparticipables de los que se apropió Nación a principios de los 90. Pero el Plan no concitó la adhesión de las 24 jurisdicciones del país, sino de 19.

Es un Plan a base de **normas que no proponen una transformación** sino ganar tiempo para tener un mayor margen de maniobra.

Se propone una reducción de la mortalidad (materna e infantil) pero no se modifican las desigualdades de base que la determinan. Es lo que en algún documento se denomina el “**discurso neoliberal de la pobreza**” En concordancia, el Plan no plantea **responsabilidades de otros sectores**, ni les reclama por sus acciones, dilaciones y omisiones que perjudican la salud.

El Plan se limita a operar en el nivel individual sin atender el nivel grupal y el conjunto social, de manera que es **reduccionista** frente a la complejidad del problema.

En cuanto a su carácter ético, se rige por la teoría ética mixta⁷⁵ que combina las corrientes liberal e igualitaria y propone redistribuir el mínimo suficiente de bienes y servicios que frenen **el conflicto social, asignando a los grupos postergados unos recursos que son muy inferiores a los necesarios.**

Las Metas que propone el Plan están por debajo de las **Metas del Milenio** que Argentina se había comprometido a alcanzar en 2015.

Conste que no decimos que las acciones del Plan no deban realizarse, sino que son **paliativos menores** sin intención de transformación inmediata y duradera.

Por qué los Planes similares de 2008 y 2011 no cumplieron sus cometidos? En nuestro planteo, la falta de consideración de algunas condiciones básicas del problema impidió alcanzar la Meta propuesta. Es lo que se conoce como “efecto caos”.

Sería interesante conocer cuál fue la **participación** de las demás organizaciones firmantes del Plan y, si no participaron en toda su elaboración, en qué puntos y por qué?

74 en este capítulo remitimos al análisis del plan expresado en nuestra publicación mortalidad infantil en argentina, mitos y develaciones, buenos aires, 2015 (publicado por instituto de estudios de estado y participación -idep- con el título mortalidad infantil en argentina. verdades, mitos y revelaciones, de los mismos autores, buenos aires, 2015). el plan puede leerse en https://www.google.com.ar/search?q=plan+operativo+del+ministerio+de+salud+de+la+nacion+para+reducir+la+mortalidad+infantil&rlz=1c1avsx_enar424&oq=plan+operativo+del+ministerio+de+salud+de+la+nacion+para+reducir+la+mortalidad+infantil&aqs=chrome..69157.2344j0j7&sourceid=chrome&es_sm=93&ie=utf-8

75 Rawls, John, Teoría de la justicia, 2006, Fondo de Cultura Económica, México, 2006

No es solamente una discusión de medios insuficientes en relación al objetivo que el Plan se propone. Se trata de algo más básico: su condición no integral y su insuficiencia técnica. El Plan no garantiza las acciones intersectoriales para los problemas sociales que exceden al sistema de salud. Ni una adecuada detección de embarazadas y su acompañamiento con el número de controles que requieren hasta la atención del parto y seguimiento del puerperio, a pesar de que Argentina tiene aproximadamente un tercio de los embarazos sin acompañar por el sistema de atención.

Las acciones extramurales que serían complementarias pero indispensables para bajar la mortalidad materna, no tienen lugar en el Plan.

Es probable que las transformaciones requieran una **viabilización** previa, disolviendo intereses y conflictos. De ser así, el Plan haría mejor con reconocerlo.

En resumen, el Plan Operativo del Ministerio Nacional para Reducir la Mortalidad Materno-Infantil, de la Mujer y de las Adolescentes, nos parece que:

- no procura integralidad ni efectiva suficiencia técnica
- se limita a medidas del sector salud, sin casi reparar en otros sectores
- coordina entes estatales con poca o ninguna referencia a los no-estatales
- mantiene el subsidio encubierto del subsector público a los demás subsectores (de la Seguridad Social y Privado),
- no se pronuncia sobre la interculturalidad, condición necesaria para la comprensión y expresión de grupos con otras culturas
- no emite concepto alguno sobre el ambiente pese a la contaminación y depredación evidentes⁷⁶ y sus consecuencias alarmantes⁷⁷,
- no plantea obligaciones a la comunidad que equilibren el enfoque de derecho,
- no garantiza cobertura universal y no plantea modos de lograrla (cambio del modelo de atención, redistribución de personal, dedicación exclusiva o completa, tareas extramurales, equipos meta disciplinarios con la comunidad, recuperación tecnológica, financiamiento nacional, canalización al sector público de los fondos facturados a la seguridad social y a los prepagos privados, nuevo modelo de administración...)

Para estudiar:

¿Qué te parece el "Plan operativo del Ministerio de Salud de la Nación para reducir la mortalidad infantil"? ¿Con qué acordás y con qué disentís respecto de la crítica que acabamos de hacer en este Cuaderno?

76 Corra, Lilian, y coautores, Perfil de la Salud Ambiental de la Niñez en la Argentina '2007, Asociación Argentina de Médicos por el Medio ambiente, Sociedad Argentina de Pediatría, Canadian Institute of ChildHealth, Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, 2007

77 La OMS ("Para la OMS, el glifosato es probablemente cancerígeno para los seres humanos: La Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer otorgó la misma calificación a los insecticidas diazinón y malatión", <http://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/para-la-oms-el-glifosato-es-probablemente-cancerigeno-para-los-seres-humanos>) acaba de emitir conclusiones de los perjuicios del glifosato sobre la salud, que habían sido alertados en nuestro país por Andrés Carrasco (<http://andresecarrasco.blogspot.com/>). La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Rosario viene probando en terreno algunos efectos de problemas ambientales en la salud humana, también denunciados en el Informe del 1er Encuentro Nacional de Médicos de Pueblos Fumigados, Córdoba, 2010, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, 27 y 28 de Agosto de 2010, Ciudad Universitaria, Córdoba

ABORTOS PROVOCADOS

ABORTOS PROVOCADOS

Etimología: Ab-orto son dos palabras del latín: ab = privación, y ortus = nacimiento.

TIPOS DE ABORTO

- **Espontáneo**

- 50% se pierde entre la concepción y la nidación en el útero.
- 30% entre nidación y 6ª semana.
- 20% luego de la 6ª semana y generalmente dentro del lapso que va hasta la semana 20ª.

- **Provocado**

HISTORIA DEL ABORTO PROVOCADO

Es una práctica milenaria atravesada por diversos procedimientos y creencias. Si bien los asirios empalaban a la mujer que provocaba el aborto⁷⁸, en otras culturas antiguas era aceptado y practicado mediante dilatación instrumental del cuello, ungüentos y brebajes.

Pero el aborto a veces no tiene ninguna consideración social: entre los trobriandeses, naturales de las Islas Trobriand en el Mar de Salomón, parte de Papúa Nueva Guinea, no se plantea en ningún caso, sea porque la familia se hace cargo de la criatura, sea porque no existe la noción de adulterio y todas las relaciones sexuales, dentro y fuera de la pareja constituida, están comprendidas en el amor⁷⁹. De manera que el aborto de un embarazo no deseado surge de una concepción acerca del deseo. Y entre los trobriandeses no existe el embarazo indeseado.

Desde el punto de vista legal, religioso, cultural, económico y moral, el aborto atravesó distintos encuadres, como ser:

- **Cristiandad:** delito contra una ley divina desde la consideración del feto como un ser plenamente humano, algo que, según San Agustín en el s. XII, se reconoce con su primer movimiento en el embarazo. En el s. XVI merece la excomunión o la hoguera, para frenar la prostitución. En el s. XIX, la Iglesia Católica abandona la noción agustiniana y define que la plenitud humana es inmediata a la concepción
- **Industrialismo:** delito, porque el aborto provocado limita la reproducción de la fuerza de trabajo necesaria en las fábricas.
- **Legislación:** desde la proscripción total a la liberalización total. En la ex URSS se realizaba a pedido de la madre, 1920; Japón le siguió, pero por razones eugenésicas, 1948. Cuba fue el primer país occidental en legalizar totalmente el aborto a pedido de la embarazada, 1965. Irlanda mantiene una proscripción total. Polonia legalizó el aborto, pero durante el papado de Juan Pablo II, Karol Wojtyła, polaco, pasó a la proscripción total.
- **Feminismo:** en sus vertientes extremas considera que la provocation del aborto es una atribución exclusiva y libre de la mujer.

78 www.nosotrasenred.org/aborto/historia.html

79 Malinowski, Bronislaw, "The Sexual Life of Savages in North-Western Melanesia. An Ethnographic Account of Courtship, Marriage, and Family Life Among the Natives of the Trobriand Islands, British New Guinea" B. Malinowski.

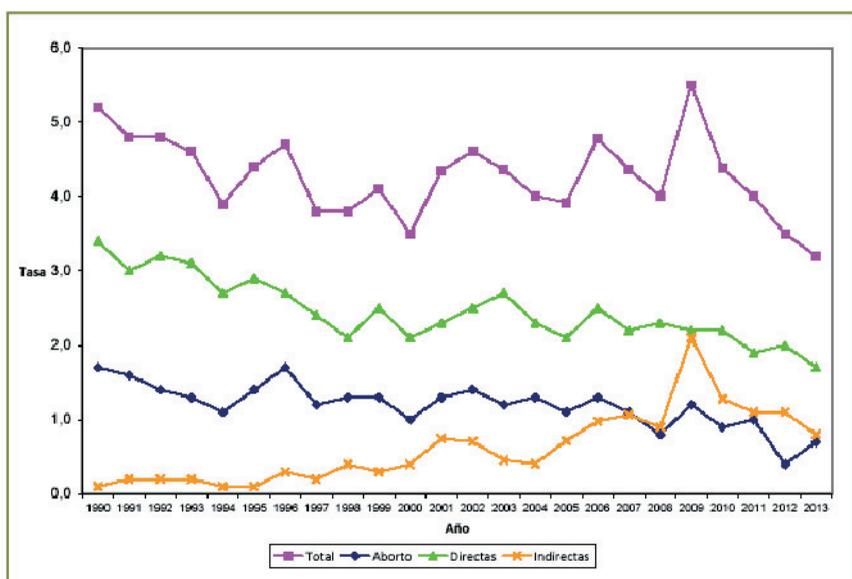
ABORTO COMO CAUSA DE MUERTE MATERNA

En Argentina se menciona que un 20-25% de las muertes maternas se producen por aborto, de los cuales la gran mayoría son provocados, con un subregistro seguro para evadir imputaciones, pero de cálculo incierto. Las publicaciones oficiales muestran una variación tan grande que disminuyen la validez del dato oficial: en 2013, la proporción de muertes maternas por aborto era de 22 %; en 2012 no llegaba al 13%⁸⁰. Y pocos años atrás representaba el 25%⁸¹.

Reducir la mortalidad por aborto es trascendente, pero de impacto parcial en la mortalidad materna. Si fuera posible eliminar totalmente la mortalidad materna por aborto, la tasa de mortalidad materna se reduciría de 32 a 26 por 100 mil, una tasa que sigue siendo 6 veces mayor a la de los países que han logrado las tasas más bajas. Hace 10 años la proporción de mortalidad materna atribuida oficialmente al aborto era del 32% cuando en 2013 era del 22%, una reducción que podría atribuirse fundamentalmente al uso reciente de medicamentos como las prostaglandinas de uso oral o vaginal que eliminan la alta mortalidad de las prácticas clandestinas cuando estas carecen de antisepsia y disponibilidad de banco de sangre.

El gráfico que sigue recuerda las causas de la muerte materna, de las cuales el aborto es la causa específica más frecuente, sin ser la causa mayoritaria.

Gráfico 9: Tasa de Mortalidad Materna total y por grupo de causas cada 10000 nacidos vivos República Argentina. Años 1990 - 2013



Fuente: DEIS. Estadísticas vitales. Información básica. Año 2013. Pág. 107

80 <http://www.bvs.org.ar/pdf/anuario12.pdf>

81 Cf. por ejemplo Dirección de Estadísticas e Información en Salud, Muertes Maternas y Tasa de Mortalidad Materna según Grupos de Causas y Edad de las Fallecidas por 10.000 Nacidos Vivos. - República Argentina - Año 2007, en Estadísticas Vitales: Información Básica-2007, Serie 5 - Número 51, Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, página 86 <http://www.bvs.org.ar/pdf/anuario07.pdf>

Pero la información es insuficiente en una multitud de aspectos. Las muertes por aborto serían aún más, teniendo en cuenta que las muertes maternas por sepsis podrían haber sido desencadenadas por abortos no registrados. La información oficial disponible no aclara dónde se detectó el aborto, si en un efector público, de la seguridad social o privado. Ni si fue espontáneo o provocado. Ni la semana de ocurrencia. Ni si fue dentro de la norma que lo legaliza o no.

Si bien no hay datos certificados, la presunción firme es que los abortos que terminan en muerte materna son generalmente provocados, clandestinos, en embarazos avanzados, y que afectan fundamentalmente a mujeres pobres y jóvenes.

Las políticas públicas vinculadas a la salud reproductiva (anticoncepción, aborto no punible) han sido insuficientes o equivocadas si pretendían reducir significativamente la mortalidad materna.

Claro está que el fracaso no es sólo de Nación. Por ejemplo, en el caso del Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo⁸², elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación, acorde en muchos puntos al Fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, la aprobación ha sido dada solamente por 8 de las 24 jurisdicciones argentinas.

Algunos puntos de ese Protocolo van más allá del Fallo de la Corte, limitado a un caso, y de la Legislación vigente, de manera que carece de un respaldo normativo universalizable. Por ejemplo, se elimina la opción de los profesionales por la objeción de conciencia si no hay otros profesionales sin objeción para realizar la intervención. Sin embargo, es el Estado el que debería subsanar esta dificultad sin obligar a ningún trabajador de la salud a actuar contra su conciencia y "sin que ello se traduzca en derivaciones o demoras que comprometan la atención de la requirente del servicio"⁸³

En otro punto tampoco podemos acordar: el Protocolo exime a la embarazada de la denuncia en caso de violación, dejando impune al violador, de manera que se favorece la eventual reincidencia con desamparo para la víctima.

DESVÍOS CON ABORTOS PROVOCADOS

Fuera de la realidad local y actual, hay datos históricos que merecerían incluirse en el análisis. Así, en los años 50 se creó en Bombay, India, la International Planned Parenthood Federation (IPPF), una ONG que sería la mayor organización internacional dedicada a la planificación familiar, con los objetivos de informar y servir a los derechos humanos mediante el desarrollo de "la salud sexual y reproductiva" para contribuir a terminar con la pobreza extrema. Pero con sus propias palabras desvían la atención de sus declarados objetivos de planificación familiar, para limitarlos a promover la contracepción y el aborto. A estos fines invocan la igualdad de géneros y el derecho de las mujeres a decidir sobre sus propios cuerpos, particularmente en países donde las mujeres son más vulnerables⁸⁴. La ONG declara que gestiona estos objetivos colaborando con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU), y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

Consideremos además que IPPF es un grupo de presión (lobby) en la Unión Europea, y las Naciones Uni-

82 Reemplaza a la Guía Técnica para la Atención de Abortos No-punibles. El Protocolo se editó en 2015 por parte del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación, <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000690cnt-Protocolo%20ILE%20Web.pdf>. Respecto de la objeción de conciencia, dice: "De no existir alguien..." sin objeción de conciencia, el profesional con objeción de conciencia "debe realizar la interrupción; es decir que no puede invocar su objeción para eludir el deber de participar de un procedimiento de interrupción legal del embarazo" (p.19).

83 Fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, 2012 de la Nación, autos "F., A. L. s/media autosatisfactiva", 13-3-2012

84 <http://www.ippf.org/>

das (ECOSOC). Es la única ONG reconocida como organización consultiva ante el Consejo de Europa, con representación en su Asamblea Parlamentaria. Está financiada por gobiernos, ONG's, organismos multilaterales, empresas, fideicomisos y fundaciones⁸⁵. En 2014 distribuyó U\$S125 millones anuales a sus 149 Asociaciones Miembros que cubren 189 de los 210 países del mundo. Con el apoyo de millones de voluntarios y 30.000 empleados, las Asociaciones Miembros de IPPF proporcionan información, educación y servicios a través de 65.000 puntos de atención.

Pero el ejercicio de su poder debería ser motivo de especial atención. IPPF tiene causas judiciales por comercializar el tráfico de embriones y órganos fetales procedentes de abortos. En julio de 2015 fue citada por el Senado de EEUU por esta denuncia. Además, fue acusada por investigaciones encubiertas y abortos en menores sin conocimiento de sus padres⁸⁶. Varias empresas le retiraron su aval por igual motivo.

En Argentina, su organización miembro es la Asociación Argentina de Planificación Familiar.

Este antecedente de resonancia periodística, política y jurídica, con las dificultades de esclarecimiento y eventual sanción propias de una acción judicial frente a una organización internacional, sugiere que en este tema se tengan en cuenta otros aspectos de implicancias biológicas, comerciales, políticas, jurídicas, éticas, étnicas y de clase social.

MORTALIDAD MATERNA EN CUBA: ALGO PARADOJAL

Resulta conveniente ver este tema por la semejanza de su tasa de mortalidad materna con la de Argentina, pese a su comportamiento completamente diferente frente al aborto.

La alta mortalidad materna en Cuba resultó siempre sorprendente al lado de sus otros indicadores sociales, frecuentemente comparables a los de países desarrollados (mortalidad infantil, expectativa de vida, alfabetización). Recién en 2012 la tasa de mortalidad materna se ubicó en 33,4 por 100 mil nacidos vivos, cuando estaba sobre 40 por 100 mil. El descenso de 2012 fue atribuido por las autoridades cubanas a un programa específico de:

- concentración del control en embarazadas diabéticas mayores de 35 años y embarazadas menores de 20 años,
- política de ubicar el embarazo entre los 20 y 35 años de edad de la madre
- reducción de los embarazos indeseados.

Pero en 2013 la tasa ascendió a 38,9 por 100 mil⁸⁷. Como no se sostuvo el quiebre en la tendencia, no puede asumirse ahora que el programa sea efectivo en el futuro.

Consideramos que el programa puede considerarse en parte efectivo porque el descenso de 2012 se debió al control de las llamadas causas directas, y entre éstas de las hemorragias y embolias obstétricas. Y porque el ascenso de 2013 no se debió a estas sino a las llamadas causas indirectas, por agravamiento de afecciones circulatorias o respiratorias anteriores al embarazo. Desde 1965 la población cubana puede optar libremente por el aborto voluntario frente a los embarazos indeseados. Es aborto, como causa específica, representa un 8% del total de causas⁸⁸. Pero las complicaciones y limitaciones después del aborto provocado con todos los medios en uso (medicamentos, aspiración, legrado...) explica por qué el programa cubano procuró desfavorecer luego los embarazos no deseados. Pero ahora esta política les causa una nueva preocupación: la fecundidad se redujo por debajo del promedio de hijos necesario para conservar la magnitud de la población cubana.

Convendría que en el tema de la procreación responsable, las posturas que proponen el control de la nata-

85 <http://www.ippf.org/about-us/finacial>

86 <http://liveaction.org/projects-of-live-action>

87 Ministerio de Salud-OPS/OMS-UNICEF, Anuario Estadístico de Salud 2013, La Habana, p. 81

88 Anuario Estadístico de Cuba, que excluye del aborto al embarazo ectópico

lidad y la liberalización total del aborto provocado sin otro recaudo que la sola demanda de la embarazada, consideren los problemas e insuficiencias de esas medidas.

Varios países con tasas de mortalidad materna entre las más bajas del mundo prohíben por completo el aborto provocado, como Irlanda o Polonia. En estos países la mortalidad materna es la cuarta parte o la mitad de la cubana, respectivamente. Si se tomara el ejemplo de otro país que también tiene la legalización más abierta del aborto, como EEUU, su mortalidad materna es inferior a la cubana pero muy superior a la de Irlanda y de Polonia. De manera que con estas experiencias no podría afirmarse, como se hace, que esa apertura legal, por amplia que sea, haya demostrado ser la única ni la mejor llave para el control de la mortalidad materna y sus injusticias conexas⁸⁹

Por otra parte, la legalización del aborto no sólo no termina con la mortalidad materna sino ni siquiera con la mortalidad por aborto, ya que no ha podido ser reducida a "0" por el sistema de atención de la salud.

En Cuba, la mortalidad por aborto tuvo una tasa entre 1,6 y 2,6 por 100 mil nacidos vivos entre 2010 y 2012, pero esta tasa es mayor si se le suman los embarazos ectópicos causantes de aborto que el sistema estadístico de Cuba excluye expresamente.

Como su mortalidad materna tuvo tasas entre 36 y 43 por 100 mil en esos años, resulta que el aborto participó con un 5,3% y si su participación fuera "0", la tasa de mortalidad materna no bajaría de 30 por cien mil, unas 6 veces superior a la de países desarrollados.

LEGISLACIÓN DEL ABORTO

A falta de recursos familiares, los abortos provocados se realizan frecuentemente en medios privados carentes de condiciones técnicas elementales. El aborto provocado es entonces un síntoma de la injusticia social. Sanitariamente, no cabe duda de que despenalizar ayuda a reducir las muertes que se producen en la ilegalidad. De ahí que invocando la justicia, diversas organizaciones pugnen por su legalización, al mismo tiempo que consideran que su propuesta refuerza la autonomía de las personas y el beneficio de una digna y eficaz atención de su salud. Abordaremos este tema desde la legislación comparada, desde su fundamento filosófico y desde el enfoque de derecho.

A) Legislación comparada⁸⁸

La legalización del aborto provocado remedia parte de las consecuencias de la violación, previene la salud materna amenazada por el embarazo o promueve la eugenesia⁸⁹ según los países, a fin de impedir que la interrupción de la gestación por cualquiera de estos motivos se criminalice. La criminalización del aborto por cualquiera de estas causales recibe alguna de estas imputaciones: dolosa (voluntad de cometer un delito), culposa (omisión imprudente o negligente) o preterintencional (producción de efectos más graves que los previstos). Ahora bien, los países se clasifican según estas grandes opciones legales frente al aborto provocado:

1- Prohibido, como Irlanda y Polonia, Chile, El Salvador.

2- Se permite para salvar la vida de la madre: 73 países. Incluye a la Argentina, donde además se permite en caso de violaciones.

⁸⁸ Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (CRLP) de Chile, actualizado por Alba Aiello, <http://www.gecoas.com/religion/Trabajos/aborto/>

⁸⁹ El aborto eugenésico está contemplado en varios países de Latino América, como Guyana, Panamá, Puerto Rico y 12 de los Estados de México y su DF

- 3- Además de salvar a la madre, se permite para preservar la salud física de la madre: 28 países
- 4- Al punto anterior se añade la preservación de la salud mental de la madre: 20 países
- 5- En los casos anteriores, algunos países agregan la presunción de graves taras físicas en el feto, como es el caso de España.
- 6- El punto anterior, más razones socioeconómicas: 22 países.
- 7- Sin restricciones de ningún tipo: 59 países, entre ellos EEUU, Rusia, Francia, Holanda y Cuba

Además, hay cuestiones específicas por países individualmente considerados, como por ejemplo:

- China: el aborto es conminado por grupos ilegales, en base a un supuesto excedente demográfico, pero con más de un 90% de fetos femeninos, selección recientemente penalizada por la escasez de niñas, entre otras razones.
- Holanda: se realiza en cualquier fecha del embarazo
- Francia:
 - hasta la semana 12, salvo riesgo para la madre
 - aborto a domicilio con 4 consultas previas
 - financiación del 80% del gasto por la Seguridad Social en cada caso
- EEUU (1973): realización electiva durante el primer trimestre; financiación por 17 de los 50 Estados, luego de que a partir de 1976 la financiación dejara de ser gubernamental.
- España (1985): denuncia de la violación; realización hasta semana 12 por salud de la madre y hasta semana 22 por tara del feto; indicación por dos especialistas distintos al que realiza el aborto.
- Rusia: libre y gratuito hasta semana 12, salvo indicación médica posterior o grave situación socioeconómica
- Uruguay⁹⁰: exige 5 días previos de reflexión; asesoramiento interdisciplinario incluyendo riesgos; apoyo médico, psicológico y solidario económico-social; evaluación de la posibilidad de la adopción; superación de causales del aborto; prevención de recurrencias; entrevista con el progenitor; exención de presiones de terceros; información de alternativas; procedimiento consultivo especial para requirentes menores de 18 años y mujeres incapaces; especialización en familia para los jueces actuantes; residencia no menor de un año en el país; cumplimiento del protocolo de atención.

La Ley de Uruguay realiza, entendemos, considerables aportes en el tema.

La semana 12 tienen una justificación embriológica: es el momento en que comienza el desarrollo del sistema nervioso. Se prejuzga entonces que es el sistema nervioso el que confiere humanidad al nuevo individuo. No es la ciencia la única que prejuzga. El catolicismo ha ido y venido en su concepción de la vida humana. Vimos que con San Agustín comenzaba con los movimientos en el seno materno mientras que actualmente, para la misma Iglesia, comienza desde la concepción.

En Argentina, está vigente el aborto no punible en el art. 86 de su Código Penal⁹¹ desde 1921, pero la negativa

90 Ley 18987 de 2012, <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18987&Anchor=>

91 Art. 86: "Incurrirán en las penas establecidas en el artículo anterior y sufrirán, además, inhabilitación especial por doble tiempo que el

o la dificultad para su cumplimiento en un caso requirió un Fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación en 2012, que no solo reforzó su práctica sino que interpretó en un sentido amplio el derecho al aborto en la violación, no subordinado a una grave deficiencia mental, sino extendido “a toda víctima de violencia sexual”⁹². Hay que hacer notar que las dificultades de este cumplimiento de la norma no son exclusivas de Argentina sino de observación común en casi todos los países que legislaron de un modo similar el aborto no punible⁹³.

Si bien los abortos provocados podrían aumentar con su legalización, también podrían disminuir apreciablemente. En Uruguay las estadísticas oficiales informan que desde la sanción de la ley el aborto se redujo hasta una tasa anual de 9 cada 1.000 mujeres de edades comprendidas entre 15 y 45 años, contra tasas de 13 a 15 por 1.000 en países europeos⁹⁴. Si tomamos en cuenta la tasa de Uruguay, la estimación para Argentina con 10 millones de mujeres entre esas edades, es de 90 mil abortos legales por año.

Dado que el Proyecto de la Campaña en Argentina no garantiza la atención oficial, pero sí su financiamiento oficial como último garante, se corre el riesgo de que el aborto legal inaugure un nicho más del mercado privado de la salud. Algo que acentuaría el destino privado de los fondos públicos y de la seguridad social, agravado por la tradicional falta de regulación de precio y calidad de la atención privada en Argentina que facilita discrecionalidades en los gastos sanatoriales.

B) Fundamento filosófico

Entre los casi 40 Proyectos de Ley que en 2012 estaban vigentes para legalizar el aborto, sobresale el de la Campaña por un Aborto Seguro, Libre y Gratuito, por su firma de 60 legisladores y su texto de legalización más extrema⁹⁵. Sus Fundamentos remiten a John Locke, que más allá de sus ponderables condiciones filosóficas, ha sido muy discutido por quienes observan que su defensa de la libertad y de la propiedad individual absoluta sostiene la teoría ética liberal que justifica al capitalismo. Extremar el derecho a la propiedad individual del cuerpo, atribuido sin reservas a la embarazada, no es compatible con las concepciones de la corporalidad individual, pero también vincular, familiar, comunitaria y social. La concepción del ser humano, no sólo como individuo sino también como parte de un cuerpo social⁹⁶ debería ser una base filosófica más sólida de proyectos de ley que amplíen derechos de la mujer (entre otros, al aborto), contemplando su inserción en dicha corporalidad social y a la vez protegiéndola de ingresar en los circuitos mercantiles del complejo médico industrial.

de la condena, los médicos, cirujanos, parteras o farmacéuticos que abusaren de su ciencia o arte para causar el aborto o cooperaren a causarlo. El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible:

1º. si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios;
2º. si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto.”

92 Fallo 259, XLVI, p. 29, 13-3-2012, <http://servicios.csjn.gov.ar/confal/ConsultaCompletaFallos.do?method=verDocumentos&id=13517>

93 Asociación por los Derechos Civiles (ADC) y Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) “Informe sobre la Accesibilidad al Aborto en Aborto no Punible en América Latina y el Caribe” junio 2012. Disponible online: http://www.adc.org.ar/sw_contenido.php?id=931.

94 Presidencia de la República Oriental del Uruguay, Uruguay tiene las tasas más bajas de aborto y mortalidad materna de América, 218/05/2014, <http://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/conferencia-salud-de-la-mujer-en-uruguay>

95 La mayoría de estos Proyectos perdieron vigencia parlamentaria y no han sido renovados ni reemplazados luego de los encuentros que mantuvo la Sra. Presidente de la Nación con el Papa Francisco.

96 Roberto Esposito. Tercera persona: política de la vida y filosofía de lo impersonal. Buenos Aires. Amorrortu, 2009

C) Enfoque de derecho

El enfoque de derecho vinculado al aborto, ha instalado un enfoque sensible al género. Pero esto solo no garantiza un enfoque transformador de las relaciones sociales asimétricas entre géneros. Y mucho menos una transformación global, ecológica y social.

Un enfoque de género reivindicativo e incluso reparador desde un solo género no está en las mejores condiciones de evitar apropiaciones de la riqueza social por parte de intereses particulares contra derechos (y deberes) de ambos géneros⁹⁷

Por otra parte, el enfoque de derecho referido al género, es absoluto? No, lo limita el derecho de los otros⁹⁸. De manera que el enfoque de derecho requiere un enfoque abarcativo de obligaciones y derechos recíprocos entre géneros. Sin embargo debe reconocerse que en temas como el aborto este equilibrio debe contemplar especialmente las determinaciones histórico-sociales del sometimiento actual de la mujer que muchas veces se encuentra naturalizado, para no caer en un igualitarismo formalista entre géneros. En este punto el trabajo caso por caso es también esencial

Así, en la decisión del aborto, que debe estar librada finalmente al ejercicio de la voluntad de la embarazada, es necesario recuperar dimensiones relacionales (interpersonales, familiares, sociales, interculturales, intersectoriales...) que enriquezcan la crisis del embarazo no deseado con el compromiso de visiones y acciones multidimensionales que protejan de reiteraciones y den sentido amplio y perdurable a la situación de salud-enfermedad-sufrimiento-atención en juego. Nada menos...

97 En el Código Civil argentino, Título I, art. 30, son "personas todos los entes susceptibles de adquirir derechos, o contraer obligaciones"

98 Entendemos también a la naturaleza como un sujeto de derechos

CESÁREAS

CESÁREAS

EL PARTO NORMAL AMENAZADO

Numerosos procedimientos médicos que aún se utilizan en ciertos servicios de salud no tienen valor probado, carecen de valor o incluso provocan riesgos. Entre los 11 procedimientos más cuestionados, la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye la sobreindicación de cesáreas y maniobras instrumentales⁹⁹

La cesárea se considera una cirugía mayor, porque expone al peritoneo y a otros órganos que son ajenos al riesgo de la propia intervención. Una cirugía implica de por sí ciertos riesgos. Hay bibliografía que informa un riesgo de muerte por cesárea de casi 1/2.500, contra algo menos de 1/10.000 en el parto vaginal¹⁰⁰. O sea 4 veces mayor. La diferencia no está solo en la mortalidad: también hay muchas menos complicaciones con el parto vaginal en comparación con el parto por cesárea¹⁰¹

INSTITUCIONALIZACIÓN DEL PARTO. PARTOS DOMICILIARIOS Y MORTALIDAD MATERNA

Bajar esta mortalidad, no depende de una sobreactuación del sistema de salud. Así, la institucionalización del parto, como en Argentina que es de por lo menos un 99%, no baja la tasa de mortalidad materna al nivel alcanzado por muchos países que tienen un alto porcentaje de partos domiciliarios, como es el caso de Dinamarca, Holanda, y ahora pretende tenerlo el Reino Unido.

Los partos domiciliarios pueden tener una menor mortalidad cuando la mujer ha parido más de una vez, ha tenido un último parto normal dentro de los 5 últimos años, cursa un embarazo normal de un único bebé que al término del embarazo viene en posición cefálica, y habita un domicilio que permite la actuación profesional y la privacidad necesarias. Esto no exime de contar con un servicio de traslado de emergencia a un centro obstétrico para el caso de que surjan alteraciones del parto que no se puedan solucionar sin riesgo en el domicilio¹⁰². El sufrimiento fetal está considerado entre las urgencias médicas más extremas, junto a los Cuadros asfícticos y hemorrágicos.

Pero no se trata de promover el parto domiciliario a cambio de un mal parto institucional, dejando las instituciones como están¹⁰³. De lo que se trata es de mejorar los partos institucionales y al mismo tiempo contemplar con atención el nuevo auge de los partos domiciliarios en algunos países cuando fueron casi totalmente descartados sin razón suficiente.

99 OMS Organización Mundial de la Salud, Cuidados en el Parto Normal: una Guía Práctica, Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo, Ginebra. 1996, Departamento de Investigación y Salud Reproductiva.

100 Deneux-Tharoux, Catherine (del Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, de París, en Francia) y colaboradores, demostraron una mortalidad 3,6 veces mayor en un estudio de casos y controles, *Obstetricia & Ginecología* 2006; 108: 541-8, o sea, igualando los riesgos prenatales en ambos grupos.

101 El 80% de las placentas previas diagnosticadas en el Hospital de Guadalajara, implicadas en el sangrado como primera causa de muerte materna, son causadas por cesáreas previas, según Guzmán Sánchez, A., y coautores, *Mortalidad materna, cesáreas y placenta previa*, slide share en línea, México, 2012, <http://www.slideshare.net/carlosvpm1/muerte-materna-cesarea-y-placenta-previa>, vista el 24-3-2014

102 Jonge, Ank de, y otros, Resultados maternos adversos graves de nacimientos planificados en mujeres de bajo riesgo con casa frente al hospital en los Países Bajos: Estudio de cohorte nacional, *BMJ* 2013; 346: f3263 <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f3263>, vista el 13-6-2013

103 Si las deficiencias del parto institucional dan lugar a un aumento de los partos domiciliarios sin intentar mejorar los institucionales, se produce lo que en lógica se conoce como solución al problema equivocado.

LAS CESÁREAS, UN PRODUCTO DEL SISTEMA DE SALUD

La institucionalización del parto, sin ajustarse a normas, controles y ética, facilitan la sobreactuación, y dentro de ésta, la cesárea. En algunas clínicas privadas del país se superan en 4 a 8 veces la proporción de 10% de cesáreas, que fue el porcentaje máximo sugerido por el Centro Latinoamericano de Perinatología.

Las cesáreas son un producto del sistema, que afecta el principio general de “primero no hacer daño” (*primum non nocere*). La cesárea es un ejemplo de cómo el sector salud se empecina en generar un riesgo por sí mismo. Y decimos que se empecina cuando vemos que este aumento de las cesáreas es creciente, pese a numerosos llamados de atención desde la política sanitaria a la obstetricia. Y así como el sector salud genera riesgos realizando cesáreas no indicadas, también atiende las consecuencias de riesgos generados por otros sectores (trabajo, industria, obras públicas, vialidad...) sin hacerles ningún reclamo. Por ejemplo la desnutrición es consecuencia de acciones extra e intersectoriales, pero el sector salud atiende bebés prematuros de madres desnutridas sin que sus organizaciones y autoridades reclamen soluciones a los demás sectores que por acción u omisión son responsables de la desnutrición.

La cesárea fue un adelanto para reducir la muerte materno-infantil. Pero no siempre ni de cualquier manera. A partir de 1970 las cesáreas aumentaron fuertemente, pero mucho antes de este aumento, Europa ya había logrado reducir enormemente la tasa de mortalidad materna: en efecto, entre 1940 y 1970 la tasa se redujo desde 500 a 20 por 100 mil.

FRECUENCIA DE CESÁREAS EN ARGENTINA

El Cuadro que sigue muestra la frecuencia de la cesárea en el país por regiones ordenadas por tasa de cesáreas en comparación con la proporción de controles prenatales insuficientes

Cuadro 6: **Cesáreas y controles prenatales según Regiones, Argentina, 2011**

	Tasa de cesárea	Control prenatal insuficiente
Patagonia	34,7	22,2
Pcia. Bs. As. Interior	33,6	30,9
Centro	31,5	28,9
Cuyo	30,5	33,9
NOA	29,4	41,1
País	29,1	33,5
CABA	27,6	27,9
NEA	27,0	38,0
Pcia. Bs. As. Conurbano	25,3	32,4

Fuente: elaboración propia en base a Karolinski, Ariel, Raúl Mercer, Pablo Salgado, Celina Ocampo y otros. Primer informe nacional de relevamiento epidemiológico del SIP. Gestión: desarrollo e implementación a escala nacional de un sistema de información en salud de la mujer y perinatal en Argentina. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; Ministerio de Salud de la Nación; 2013. Tabla 3. Distribución de Indicadores Seleccionados según dimensión. Argentina 2011.

La relación sorprende: NOA tiene el control prenatal más insuficiente y el más bajo porcentaje de cesárea. Y a la inversa: Patagonia tiene el control prenatal más suficiente y el más alto de cesárea. Varias pueden ser las razones. Entre ellas: podría ser que el NOA carezca de recursos para el control y para las cesáreas. O que las cesáreas se hagan en Regiones más ricas que permiten ganancias con ellas, independientemente de que los controles tengan resultados normales. Otras razones pueden descartarse, como que en el NOA se necesiten menos cesáreas por el menor tamaño de los fetos por prematuridad, ya que su proporción de prematuros no es tanto más alta en relación a las demás regiones.

El informe del Sistema de Información Perinatólogica es muy importante porque permite ver las diferencias no sólo entre regiones y jurisdicciones de Argentina, sino también entre establecimientos de salud, algo muy importante para saber más específicamente dónde hay que hacer correcciones. Por ejemplo el hospital que en el informe lleva el n° 56, tiene el mayor porcentaje de cesáreas y de prematuridad. En este caso, habría que descartar si las cesáreas son tan anticipadas como para ser responsables, en alguna medida, de la prematuridad, algo frecuente que en otros estudios se ha comprobado.

Cómo calcular el exceso de cesáreas? Si la recomendación es de un 10% de cesáreas en el total de partos, los 750 mil partos de Argentina requerirán unas 75 mil cesáreas, pero hay 225 mil. Hay que evitar unas 150 mil cesáreas.

MORTALIDAD POR CESÁREA

Por qué se desconoce la mortalidad por cesáreas? El sistema se ha cuidado mucho de tener ciertos indicadores, pero no otros. Es el caso. Se conocen cuántos son los partos institucionalizados, pero no cuántas mujeres tienen el parto por cesárea. Curioso por demás, ya que los partos no tienen que ver directamente con el sistema de salud, pero la mortalidad por cesárea sí. He aquí un ejemplo del desvío que generan los indicadores del sistema de salud: hay un conteo de los partos institucionales que, como vimos, no aseguran la salud, pero no hay un estudio de la mala praxis que en muchos casos los caracteriza.

Consideramos que el hecho de que no se registre la cesárea como causa desencadenante de la muerte en el certificado de defunción, puede tener que ver con el deseo de evitar la autoculpabilización por parte del médico o el desconcepto de no vincular la muerte con la cesárea. Bastaría con su registro como una entidad que habría contribuido al proceso¹⁰⁴.

Hay autores que calculan que las parteras, de no haber sido dirigidas por médicos durante el parto, habrían evitado 2 cesáreas de cada 3. Este dato es muy favorable en comparación con la mortalidad: la reiteración de cesáreas multiplica por 2 ó 3 la mortalidad materna y neonatal¹⁰⁵

Si se utiliza una de las fuentes bibliográficas ya citadas, el riesgo de muerte por cesáreas es 4 veces superior al de un parto vaginal¹⁰⁶. Como según datos oficiales hay 245 muertes maternas en 2013, podemos construir por redondeo el Cuadro siguiente:

104 El formulario del certificado de defunción puede verse en http://www.deis.gov.ar/formularios_b.htm

105 Perino.Luc, Si les sages-femmes pouvaient... <http://expertiseclinique.blog.lemonde.fr/2013/12/24/si-les-sages-femmes-pouvaient/>, Blog Pourraisons des santé: La médecine et les faits, visto 14-10-2014

106 Deneux-Tharoux, Catherine, obra citada

Cuadro 7: mortalidad materna según vía del parto, sin descontar partos con nacimientos múltiples

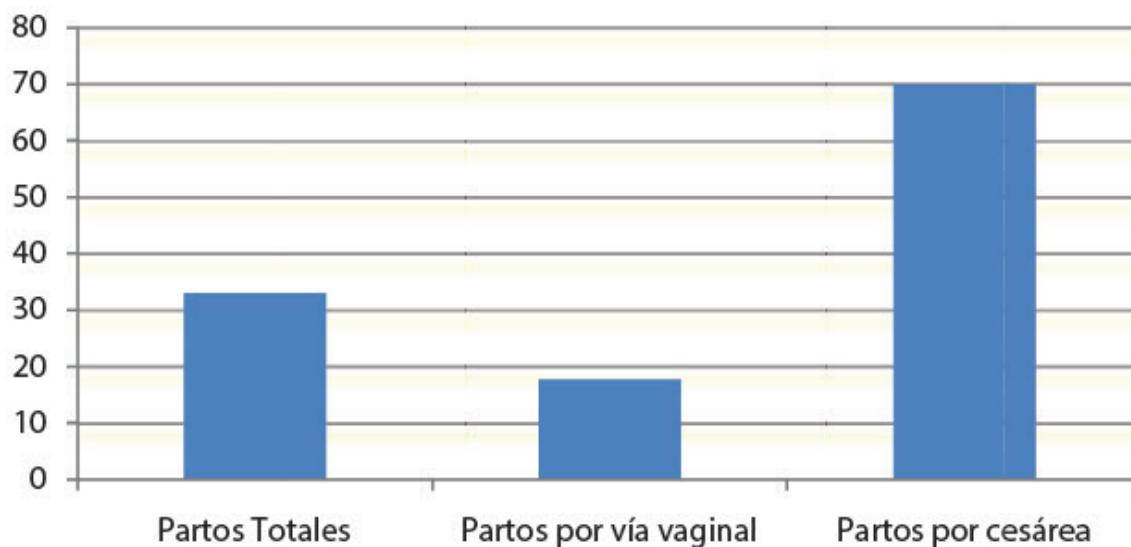
	Partos	Partos por vía vaginal	Partos por cesárea
Total (a)	735.000	515.000	220.000
Muertes maternas (b)	245	91	154
Tasa demortalidad materna, por cien mil nacidos vivos	33	17,7	70,0

Fuente. Elaboración propia en base a redondeos de datos de:

- a) Dirección de Estadísticas e Información en Salud, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2013
- b) ídem, pero utilizando proporciones de bibliografía citada.

En un Gráfico estos datos se ven así:

Gráfico 10: Tasa de mortalidad materna, por cien mil nacidos vivos



En otra bibliografía, un hospital de alta especialidad gineco-obstétrica informó una mortalidad asociada a cesáreas diez veces superior a la del parto vaginal¹⁰⁷.

Con qué dato comparar estas muertes maternas por cesáreas? Proponemos el aborto. Para 2013, la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación, informó 50 muertes maternas

107 Anaya-Prado, Roberto, Morbilidad materna asociada a operación cesárea, CirCiruj 2008;76:467-472, <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66276604>

por aborto. Si la estimación planteada en el Cuadro anterior fuese aceptable, las muertes maternas relacionadas con cesáreas son tres veces mayores que las causadas por abortos. Más allá de las precisiones, hasta tener datos más ciertos no podríamos subestimar la importancia de la mortalidad materna asociada con la cesárea. Es un llamado de atención al conjunto social para que sus organizaciones incluyan la reducción de cesáreas indebidas cuando reclama que se baje la mortalidad materna.

Lógicamente, entre esas muertes maternas asociadas a cesáreas, hay que diferenciar las evitables de las no evitables. Este trabajo aspira a poner en foco las muertes evitables asociadas a cesáreas, comenzando por aquellas que no debieran realizarse.

LA CESÁREA: UNA INTERVENCIÓN INVISIBLE

Si bien en el intercambio diario de noticias, las cesáreas tienen un lugar inocultable, no hay un dato preciso de su cantidad ni de sus resultados. El clasificador de problemas de salud más usado, que es actualmente la 10ª Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), identifica a las intervenciones quirúrgicas por el órgano. En el Capítulo XV de la Clasificación, reservado a Embarazo, parto y puerperio, se mencionan enfermedades y sus complicaciones, incluyendo las “Complicaciones de la anestesia administrada durante el embarazo” (O-29), “el trabajo de parto” (O-74) y “el puerperio” (O-87), pero hay una sola mención para la cesárea como “Parto único por cesárea” (O-82)¹⁰⁸. Por lo que, si se administra anestesia para realizar una cesárea incorrectamente indicada y la madre muere, la CIE 10 contiene códigos para registrar la complicación anestésica, pero la cesárea quedará sin consignar.

En el capítulo de la CIE 10 destinado a los “Códigos a aplicar en las causas indirectas comunes de muerte materna”, se mencionan solamente enfermedades, sin mención de las intervenciones¹⁰⁹

La clasificación diferencia 8 causas básicas de muerte materna y las causas antecedentes y contribuyentes¹¹⁰. Por ejemplo, el certificado de defunción de una madre anémica que muere en shock con sangrado por falta de contracción uterina luego del parto, dirá *atonía uterina* como causa básica, *hemorragia postparto* como causa antecedente y *shock hipovolémico* como causa contribuyente. La *anemia* también se considerará una preexistencia contribuyente, pero sin vinculación con la afección que llevó a la muerte¹¹¹. En este caso, nada se sabrá de las intervenciones médicas, incluida la realización o no de una cesárea y el rol que, de haberse realizado, pudo tener en el desencadenamiento de la muerte.

Esta falta de información puede subsanarse con una investigación especial, como por ejemplo la desarrollada por el Sistema de Información Perinatal (SIP) del Ministerio de Salud de la Nación que utilizó un registro específico y produjo su primer, importante y único informe en 2011, que ya vimos en Cuadros anteriores.

108 <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>

109 OMS, Clasificación Internacional de Enfermedades, p. 46

110 Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM, Ginebra, 2012

111 En este ejemplo nos hemos limitado a aplicar la “Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio”: CIE MM, Ginebra, 2012, p. 13

CESÁREAS: CONSECUENCIAS INVISIBILIZADAS

Un estudio en 8 países de América Latina con un 33% de cesáreas sobre el total de partos, y con un 51% de cesáreas en los partos del sector privado, concluyó algo que no surge directamente de las estadísticas: a mayor número de cesáreas mayores perjuicios para la salud de la madre y el niño¹¹²

Otro estudio demostró que el 21% de las cesáreas se complican y que en algunos casos tienen más de una complicación.

Otro autor concluye que "(...) el riesgo por cesárea se estima que es 3,2 veces mayor que el del parto vaginal"¹¹³

Un estudio prospectivo en 8 países latinoamericanos concluyó que "la cesárea aumenta severamente el riesgo de la madre y la morbilidad y mortalidad neonatal cuando el feto viene con presentación cefálica"¹¹⁴

Sin embargo, la contundencia de trabajos que coinciden en los riesgos desproporcionados de la cesárea debido a su abuso, no logran impactar en el sistema de salud.

Con todo, el avance de experiencias y conceptos disidentes ha consolidado una lista mínima de riesgos para la madre que son mayores con la cesárea que con el parto vaginal¹¹⁵:

- Infecciones uterinas, peritoneales o de órganos vecinos (en las cesáreas de urgencia la proporción duplican al de las programadas¹¹⁶).
- Infecciones hospitalarias tanto o más graves si hay internación en sala de cuidados intensivos
- Medicación controversial, que incluye antibioterapia.
- Riesgo transfusional.
- Pérdida de sangre dos veces mayor a la pérdida de sangre propia de los partos vaginales
- Disfuncionalidad intestinal durante varios días, que resulta en distensión con sensación de malestar, que obliga a descartar el diagnóstico de parálisis intestinal
- Neumonía u otras complicaciones respiratorias, atribuibles frecuentemente a la anestesia general
- Accidente quirúrgico (laceración cérvico-uterina, lesión vascular, intestinal, ureteral, vesical u otra durante la cesárea)
- Hospitalización durante por lo menos el doble de días que por un parto vaginal (4 días o más contra 2, respectivamente), con su correlato de infecciones hospitalarias y costos
- Reacciones adversas a medicaciones que la cesárea requiere en mayor grado que el parto vaginal y complicaciones de la anestesia
- Riesgo de cirugías adicionales, como extracción del útero (en las cesáreas programadas cuadruplica a las de urgencia¹¹⁷), reparación intestinal o vesical, etc.

112 Villar J., Valladares E., Wojdyla D., Cesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO Global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet* 2006; 367:1819-29. Noviembre-Diciembre 2006, http://www.foroaps.org/hitalba-pagina-articulo.php?cod_producto=2019#sthash.zVWzE2un.dpuf, vista el 24-3-2014

113 Rubin GL, Peterson HB, Roach RW, McCarthy BJ, Terry JS. Maternal death after cesarean section in Georgia. *Am J ObstetGynecol* 1981;139:681-685 y Schuitemaker N, van Roosmalen J, Dekker G, van Dongen P, van Geinjin, H, Graberhorst JB. Maternal mortality after cesarean section in Netherlands. *ActaObstetGynecolScand* 1997;76:332-334.

114 Villar, José, y coautores, Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study, *BMJ* 2007; 335:1025, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39363.706956.55>

115 Anaya Prado, R., y coautores, Morbilidad materna asociada a operación cesárea, *CirCiruj* 2008;76:467-472, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jalisco

116 Anaya-Prado, Roberto, op. citado

117 Anaya-Prado, Roberto, op. citada

- Coagulación de la sangre en las venas de piernas, pelvis o pulmones, con riesgo de desprendimiento de los coágulos hacia los pulmones (tromboembolismo pulmonar)
 - Dificultades evacuatorias por falta de pronta recuperación de la contracción de la vejiga
- Incomodidad general, con síntomas como dolor en el lugar de la incisión, dolor en las relaciones sexuales y otros
- Convalecencia prolongada
 - Reinternaciones
 - Riesgos para un próximo embarazo, incluyendo infertilidad, placenta previa¹¹⁸, rotura uterina y placenta ácreta (adhesión excesiva al útero, con el consiguiente riesgo de infección, o de sangrado en el alumbramiento placentario, ambos potencialmente mortales)¹¹⁹

- Privación temerosa de un nuevo embarazo

Un estudio muestra que no hay diferencias significativas entre las cesáreas de urgencia y programadas respecto de la estadía, ni de la duración de la intervención quirúrgica ni del sangrado, ni de la proporción de complicaciones. Pero las complicaciones infecciosas son el doble en las cesáreas de urgencia respecto de las programadas, y la histerectomía se complica tres veces más en las programadas que en las de urgencia¹²⁰

La cesárea también implica riesgos para el bebé, mayores que los de un parto vaginal:

- Nacimiento prematuro si hubo error en la estimación de la fecha probable del parto, con su correlato de problemas potencialmente mortales, como la inmadurez del pulmón (membrana hialina).
- Frecuencia respiratoria acelerada (taquipnea) durante los primeros días postparto u otros problemas respiratorios transitorios.
- Recién nacido con bajo puntaje de vitalidad como efecto de la anestesia, de las maniobras quirúrgicas o de la estimulación menor en comparación con la que recibiría en el parto vaginal.
- Daño fetal por accidente al realizar la incisión uterina.

Además de riesgos hay prácticas que generan gastos adicionales, como la anestesia peridural. De manera que, en consonancia con la visión centrada en la seguridad del parto, correspondería priorizar la mejor atención del parto, reduciendo las cesáreas a las indispensables en función de su balance entre beneficio y riesgo en comparación con el parto vaginal.

Crear que la asociación directa de la cesárea con la morbilidad materna (hemorragias que requieren transfusiones, aumento de días de hospitalización, uso de antibióticos, etc.), y con la mortalidad materna y neonatal depende de factores de riesgo previos es un error. Sin estos factores previos, la cesárea se asocia también a mayor morbimortalidad materna y neonatal¹²¹.

Estamos tratando de demostrar que en Argentina la incidencia de la mortalidad en embarazadas a las que les realizaron cesáreas es un tema demasiado ignorado. Pero no lo ha sido siempre: un Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires, decidió reducir fuertemente las cesáreas innecesarias, y esto terminó siendo uno de los motivos de su renuncia en medio del acoso al que fue sometido desde que creó el Programa de Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud (ATAMDOS). Su nombre? Floreal Ferrara¹²².

118 Guzmán Sánchez, *id.*

119 Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM, p. 20

120 Anaya-Prado, Roberto, *op. citado*

121 Villar J, Valladares E, Wojdyla D., Relación entre tasa de cesáreas y mortalidad materna y neonatal. Evidencia: Actualización en la Práctica Ambulatoria – Lancet, Vol. 9 Número 6: Noviembre-Diciembre 2006; 367:1819-29 - http://www.foroaps.org/hitalba-pagina-articulo.php?cod_producto=2019#sthash.dkPJu8am.dpuf

122 Comentario personal de Floreal Ferrara

EXPLICACIONES DEL AUMENTO DE CESÁREAS

La sobre actuación médica con cesárea suele justificarse en que fue realizada correctamente, pasando por alto si fue correcta o no su indicación. Pero dado que la cesárea implica más riesgo que un parto normal, sólo debe realizarse cuando es necesaria, sin pretender justificar su indicación en el hecho de que madre y niño permanecieron sanos. Y sin dejar de asegurar el acceso a la cesárea cuando se requiere.

Quién gana con las cesáreas sin indicación cierta? En algunos países, como EEUU, los honorarios de una cesárea superan en un 50% a los de un parto vaginal. En Argentina, en cambio, los médicos perciben el mismo honorario. Lo que ganan es tiempo. Además en un juicio por mala praxis están más protegidos porque hay una tendencia general a sancionar menos la sobreactuación. Pero los grandes beneficiados por las cesáreas son los sanatorios privados, que facturan el doble que por un parto vaginal: al prolongarse la estadía facturan más gastos sanatoriales, gastos quirúrgicos, gastos anestésicos, otras prácticas, insumos (fundamentalmente medicamentos) y eventualmente internación en cuidados intensivos (más frecuente que en el parto normal). Además, es mayor la tasa de recién nacidos por cesárea que permanecieron más de 7 días en cuidado intensivo¹²³. Hay estudios que demostraron la diferencia de atención entre establecimientos, de manera que en algunos los riesgos son muy superiores a los de otros y se practica un excesivo número de cesáreas¹²⁴. El Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) estimó como máxima proporción aceptable de cesáreas un 10%. La OMS coincidió con este porcentaje al comprobar que en algunos países con las menores tasas de mortalidad perinatal las cesáreas no llegan al 10%, y lo extendió a un máximo aceptable del 15%.

Lejos de estos porcentajes, la proporción de cesáreas en no pocos sanatorios privados de Argentina ronda el 60%. Pero la ganancia privada no es todo: en el sector público es de un 30%¹²⁵. Porque además de la ganancia empresaria está la comodidad del médico que trabaja en ambos sectores, que haciendo cesáreas en el hospital público retacea tiempo para transferirlo a la actividad privada.

Entre jurisdicciones, la diferencia en la proporción de cesáreas no se explica por una diferencia en la vitalidad fetal. En Tucumán, por ejemplo, con un porcentaje de cesáreas bastante mayor al de Jujuy (17,0% contra 10,7% de los partos, respectivamente) los niños nacen con el mismo puntaje en vitalidad¹²⁶ medida con la escala de Apgar.

La falta de relación entre cesáreas y necesidad de su realización ya se podía sospechar cuando aquella intervención quirúrgica se concentraba en los lugares con mayor PBI per cápita (indicador de riqueza), cobertura médica, urbanización e institucionalización del parto, o sea, cuestiones relacionadas con la accesibilidad geográfica y económica que nada dicen acerca de su necesidad.

El aumento de la proporción de cesáreas se suele entonces explicar por estos motivos:

- Segunda cesárea automática, sin intentar una prueba de parto que podría ser exitosa
- Cesárea antes de término como una opción del médico, confiado en que los avances de la atención evitan la morbimortalidad si el recién nacido es prematuro.
- Complicación del trabajo de parto luego de ser inducido sin motivo médico
- Ecografías repetidas que carecen de beneficio e implican riesgo de falsas interpretaciones
- Monitoreo electrónico fetal continuo sin interpretación correcta
- Anestesia peridural temprana e intensa que reduce la sensación para pujar
- Ruptura de la membrana amniótica de rutina, que puede provocar taquicardia al bebé o causar problemas de cordón.

123 Casale, Roberto Antonio, Niveles socioeconómicos y tasa de cesárea en la Argentina. ¿Una inequidad en el acceso a la salud? Estudio ecológico, Revista de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires, Volumen 88 - Nº 982 - Diciembre 2009, pp.201-207

124 OMS, Declaración de Fortaleza: Tecnología apropiada para el parto. TheLancet 1985; 2:436-437

125 Karolinski, Ariel, op. citado

126 Karolinski, Ariel, op. citado

¿QUÉ INTERESES PROMUEVEN LA CESÁREA?

Encontramos estos intereses principales a favor de la cesárea, más allá de que esté o no indicada:

- Tecnológicos: el parto tecnologizado da ganancias extras (a la industria en general y de la salud en particular) en comparación con el parto subordinado a un saber clínico.
- Sanatoriales: si los honorarios profesionales del parto vaginal son iguales a los del parto por cesárea, para el personal el dinero es el mismo, pero para las clínicas privadas el negocio es prolongar la internación y usar las instalaciones (la facturación mayor es por pensión sanatorial y gasto quirúrgico, aunque también cuentan los gastos bioquímicos,, radiológicos y otros gastos, siendo éstos fundamentalmente por medicamentos).
- Legales: la justicia es más concesiva con los efectos adversos de la cesárea que con los de un parto vaginal
- Médico-profesionales: la cesárea ahorra tiempo que profesionalmente es oro, y, ante una complicación, sabe que está jurídicamente más protegido si realiza una cesárea no indicada que si atiende y acompaña al parto sin interferencias innecesarias.
- Educativas: la cesárea exige menor conocimiento que el seguimiento de un parto normal, en concordancia con una notable caída de la calidad en la formación médica.
- De las Aseguradoras: las cuotas suben con la cobertura de una mayor producción de bienes y servicios caros, como las cesáreas versus el parto vaginal.
- Culturales: la población está esperando y hasta reclamando cada vez más una cesárea, por temor, comodidad, expectativa de una esterilización quirúrgica, y otros factores de cambio cultural.
- Sanitarios: si una embarazada muere por una cesárea incorrectamente indicada, la sobreactuación le permite al sistema responsabilizar a las malas condiciones de la embarazada cuando llegó al parto.
- Éticos: de los tres principios éticos reconocidos, autonomía, beneficio y justicia, en el caso de la cesárea se da prioridad a la autonomía de la embarazada que pide por ella. Pero esto es en contra del beneficio que tienen los partos normales por sobre las cesáreas innecesarias, y de la justicia, ya que se les asignan recursos que se restan a servicios indispensables. El mayor financiamiento que requiere el ejercicio de la autonomía para elegir una cesárea, es coherente con la mayor frecuencia de cesáreas en la clase alta, que es un 35% mayor que en el resto de las clases sociales. Este es uno de los pocos ejemplos donde la riqueza de las clases altas conspira contra su propia salud.

Un autor ya citado concluye: "Es claro que el número de cesáreas se ha incrementado significativamente en el mundo durante las últimas décadas y los resultados demuestran que a mayor número de cesáreas, mayor número de complicaciones. Es necesario hacer énfasis en que basar el juicio clínico tan solo en los derechos de la paciente, recursos económicos o en evitar quejas legales, convierte al obstetra en un técnico. El resultado puede devaluar el juicio del experto y la integridad de la medicina como profesión"¹²⁷.

¿CÓMO EVITAR LA PRÁCTICA ABUSIVA DE CESÁREAS?

El objetivo de preservar la salud de la madre y del niño con el mínimo necesario y suficiente de intervenciones eficaces y seguras, requiere al menos estos pilares por parte del sistema:

- 1- apoyo integral a la madre y a su familia¹²⁸, con respeto y énfasis en el auto cuidado de las embarazadas
- 2- intercambio productivo con las parteras tradicionales o comadronas.

127 Anaya. Pedro, Roberto, op. cit.

128 Cf. Larguía, Miguel, y coautores, Maternidad Segura Centrada en la Familia, UNICEF-Ministerio de Salud, Buenos Aires, 1911, http://www.unicef.org/argentina/spanish/GUIA_MSCF.pdf

- 3- Suficiencia de las parteras profesionales en la atención del parto normal en condiciones ideales, siempre que se cumplan reglas para una derivación inmediata al médico cada vez que se requiere.
- 4- información pública acerca de los problemas que genera la cesárea sin indicación cierta.
- 5- propuesta selectiva de dedicación exclusiva a profesionales del sector público que no prioricen la cesárea para sobrellevar el multiempleo.
- 6- evaluación oportuna de riesgos de la madre y del niño (controles desde el primer trimestre del embarazo), con previsión más precisa de la vía probable del parto.
- 7- revisión consensuada de los criterios que permitirán garantizar la calidad de la atención domiciliaria del parto cuando estuviere indicado.
- 8- intervención quirúrgica solo en caso de necesidad y de acuerdo a lo que establecen las normas para la aplicación correcta de procedimientos y tecnologías en el parto.
- 9- referencia oportuna a otra maternidad más compleja si el riesgo supera a la capacidad de atención de la propia maternidad.
- 10- limitación progresiva hasta la normalización de la proporción de partos que se resuelven con cesárea en cada efector. A tal fin se evaluará la conveniencia de utilizar el Programa de Garantía de Calidad para la acreditación de las maternidades con difusión pública de resultados (Proyecto de Ley para la Vigilancia de la Indicación de Cesáreas, S 3114/12 (7-9-2012, que perdió su vigencia parlamentaria)¹²⁹.
- 11- instrucción a la comunidad médica para incluir a la cesárea en el Certificado de Defunción en la medida que sea causa desencadenante o concurrente de la muerte materna.
- 12- traslado de estas recomendaciones a la formación, atención y evaluación de la actuación profesional
- 13- evaluación de cada cesárea a las 24 horas de su realización a fin de determinar si su indicación y realización se ajusta a las normas, informando a la autoridad Jurisdiccional y desde ésta a Nación, utilizando una clasificación uniforme de cesáreas¹³⁰.
- 14- registro de cesáreas en los certificados de defunción hasta los 30 días de la cirugía; esta obligación permitiría contabilizar el número de muertes postquirúrgicas inmediatas (dentro de las 24 horas) y alejadas (dentro del mes de la cirugía), lapso en el que la responsabilidad de la cirugía en la muerte no puede ser descartada
- 15- cumplimiento de la Ley Nacional 25929 de 2004, que en su Art. 2 establece los derechos de la embarazada:
 - A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.
 - Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.

Pero estas intervenciones no serán suficientes sin la comprensión y el debate de la sociedad civil y de sus organizaciones. En nuestro país, un Proyecto de Ley de la Nación de 2012 propuso limitar la acreditación de los servicios de obstetricia a aquellos que demostraran una progresiva reducción de la proporción de cesáreas, acorde a estándares de salud validados, con difusión pública de los datos e instrucción a la población acerca del valor de esta información, en contra del abuso de esta práctica¹³¹. El Proyecto ni siquiera tuvo tratamiento de Comisión y perdió estado parlamentario

129 En México, una Norma Oficial exigió a todos los establecimientos los lineamientos para la indicación de cesáreas y recomendó un máximo de 15% de cesáreas en hospitales de 2º nivel y de 20% en los de 3º nivel (Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, inciso 5.4.1.6, publicada en Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Información en Salud. Boletín de Información Estadística. Volumen III. Servicios otorgados y Programas sustantivos)

130 La más difundida es la Clasificación de Cesáreas propuesta por Robson. En sus 10 grupos incluye todas las cesáreas posibles, con un solo grupo para cada cesárea (Robson M.S., Classification of caesareansections. Fetal and MaternMed Rev. 2001; 12:23-39)

131 Proyecto de Ley de la Senadora Nacional María Rosa Díaz para la Vigilancia de la Indicación de Cesáreas, S-3114/12

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A) GENERALES

- La mortalidad materna es un fenómeno complejo con determinaciones socio ambientales múltiples que deben encararse integralmente en diferentes aspectos y niveles de la sociedad.
- Las situaciones de pobreza, discriminación y exclusión, y las desigualdades macro sociales que generan esas situaciones, así como el difícil acceso a la atención de salud para el embarazo, parto y puerperio, deben incluirse en la agenda para mejorar este indicador.
- Pese a que con sus 300 muertes anuales está muy por debajo de otras causas que generan miles de muertes en Argentina, la mortalidad materna sigue siendo una alta prioridad de salud pública por innumerables razones: éticas, de trascendencia social y familiar, de reducibilidad a muy bajo costo.
- Argentina se caracteriza por una mortalidad materna muy alta en comparación con otros indicadores de salud, superando en unas 6 veces a los países con mejor tasa de Europa Central, diferencia que sería aún mayor si se comprueba la estimación de su subregistro.
- La desigualdad entre regiones del país es notoria, como efecto de patrones epidemiológicos y sociales de inequidad estructural que afectan sobre todo al Norte argentino, y en esta tasa también a Cuyo.
- Esta inequidad se confirma por la desigualdad con mayores tasas en las jurisdicciones no industrializadas respecto de las cinco industrializadas.
- Las medidas sobre este problema socio-sanitario exigen reforzar las instituciones del primer nivel de atención, reorganizar los vínculos con los otros niveles y con otros sectores de la sociedad (como ser, trabajo, seguridad social, vivienda, ingreso, sistema judicial para la interrupción legal del embarazo).
- La mejora de los servicios públicos para que las maternidades cumplan las mejores normas oficiales existentes, demanda fondos públicos que se desvían a la Seguridad Social y al Sector Privado.
- Se requiere el cumplimiento de la Educación Sexual Integral obligada por Ley 26.150, con el derecho pero sin el deber de todo educando a recibirla, para lo cual se articulará coherentemente con las atribuciones y derechos conferidos por la Patria Potestad. Se establecerán indicadores de impacto y se difundirán sus resultados a la comunidad educativa para adecuar dicho Programa Educativo.
- La planificación familiar no se debería limitar a la reducción de la natalidad. A tal fin, junto con las medidas que faciliten la contracepción, se canalizarán sectorial e intersectorialmente, según corresponda, las soluciones de los problemas socioeconómicos que limitan la concepción.
- Dadas las vinculaciones profundas que tiene la mortalidad materna con otros fenómenos como la mortalidad infantil y la salud de la mujer, la mejora de uno de estos aspectos conllevará un efecto sinérgico en el otro
- Correspondería garantizar la atención integral, incluyendo a menores de 16 años. En todos los servicios de salud sexual y reproductiva. Cuando sea pertinente, la información incluirá la referida a aborto no punible, siguiendo la interpretación de la Corte Suprema de la Nación. Si son menores deberán tener consentimiento de sus padres o tutores cuando la atención exceda la promoción de la salud, como por ej. para recibir medios anticonceptivos que pueden afectar su salud.
- La detección del embarazo y de sus complicaciones, entre otras situaciones de salud y afecciones prevalentes, se facilitará con puestos de testeo gratuito y ágil en eventos públicos.
- Correspondería evaluar qué otros estudios incorporar a la Libreta Sanitaria (Laboral, Prenupcial), que sean útiles a los fines personales y sanitarios, preservando la confidencialidad y la no-discriminación, sin la limitación de los estudios al test para sífilis.
- La falta de control del embarazo, sobre todo en sectores sociales vulnerables, es probablemente uno de los déficits con mayor impacto en la mortalidad materna. Universalizar este control sería una condición elemental para aprovechar los beneficios de la atención institucional de los partos que en Argentina es superior al 99%.

- El seguimiento del embarazo y puerperio se desconcentrará a los Centros de Salud luego de las razones de urgencia o de la realización de prácticas complejas que requieran la atención en establecimientos con recursos más especializados.
- Correspondería garantizar la seguridad en la atención domiciliaria del parto normal y revisar la proporción de complicaciones y muertes maternas que puedan atribuirse al parto institucional.

B) CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES REFERIDAS AL ABORTO PROVOCADO

- No hay registro de la condición socio ambiental y demás cuestiones de las mujeres con abortos ilegales que aporten datos para superar las determinaciones de dichos abortos.
- El aborto representó en 2013 un 21% del total de causas, constituyéndose en la causa específica más frecuente de mortalidad materna. Pero la validez de los datos oficiales está desmerecida por las grandes oscilaciones de esta proporción de un año a otro.
- Es probable que esta importante proporción sea aún mayor si se reconocen muertes por aborto provocado que no se registran como tales, sino a través de alguna de sus complicaciones (sepsis, hemorragia)
- El registro del aborto provocado mejorará el conocimiento de sus condiciones si su práctica está legalizada
- Debería tener vigencia plena el Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo¹³² en los aspectos que no contradicen normas legales de mayor alcance
- A diferencia del Protocolo, ningún trabajador de la salud debería ser obligado a desistir de su objeción de conciencia si optare por ella, pero el Estado debe garantizar sin dilaciones la realización oportuna de la práctica por otro profesional.
- El Protocolo exime de la denuncia de violación, algo a revisar porque no aporta a la identificación del violador, ni a evitar su recurrencia.
- La legalización del aborto en Argentina reduciría la mortalidad materna en apenas 1/5. Esta percepción debería inducir más atención a las causales de los 4/5 restantes. En este sentido, Cuba es un excelente ejemplo de las limitaciones de la legalización del aborto para reducir la mortalidad materna
- Hechos internacionales, como los que se han vinculado a la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), previenen acerca de aristas comerciales, políticas y éticas menos transparentes. Por tanto, se requiere una ampliación de perspectivas en la toma de decisiones acerca del aborto y temas conexos de salud sexual y reproductiva.

Así, los factores que influyen sobre la tasa de mortalidad por aborto no sólo son múltiples, sino que pertenecen a campos extremadamente diversos (educativo, sanitario, de la seguridad social, laboral, habitacional, judicial, estadístico, entre otros) cuyas acciones deberían coordinarse para superar desigualdades regionales y sociales. No deberíamos caer en la simpleza de creer que basta la atención del sector salud para superarlas.

132 Reemplaza a la Guía Técnica para la Atención de Abortos No-punibles. El Protocolo se editó en 2015 por parte del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación, <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000690cnt-Protocolo%20ILE%20Web.pdf>. Respecto de la objeción de conciencia, dice: "De no existir alguien (sin objeción de conciencia, el profesional con objeción de conciencia) debe realizar la interrupción; es decir que no puede invocar su objeción para eludir el deber de participar de un procedimiento de interrupción legal del embarazo" (p.19)

C) CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES REFERIDAS A LA CESÁREA

- La cesárea es un producto del sistema de salud pero sorprende que, o tal vez por eso, se desconoce cuánto incide en la mortalidad materna evitable. Diversos datos anticipan que su participación en la mortalidad materna no es menor y hasta tanto se conozca no podría descartarse que sea una de sus primeras causas o con causas.
- Los conflictos de intereses a favor de las cesáreas sin indicación válida resultan evidentes.
- Estas opacidades dan cuenta de la fragilidad de la medicina basada en la evidencia, porque a la evidente ventaja del parto vaginal cuando está indicado, se oponen cuestiones estratégicas y políticas que promocionan la sobre indicación de cesáreas sin evidencia científica a su favor.
- Un problema adicional lo constituye la preferencia creciente de la cesárea por parte de la población, pese a la evidencia de peores resultados materno-infantiles con la cesárea indebida¹³³

El desconocimiento del impacto de las cesáreas iatrogénicas exige un trabajo de desocultamiento acerca de su contribución a la mortalidad materna evitable.

De proseguir la tendencia se mantendrá la inequidad de oportunidades, creando condiciones para la desigualdad en la muerte materna, como por ejemplo falta de control del embarazo en la población pobre y sobre indicación de cesáreas en la población más pudiente. Hasta el punto de que la inaccesibilidad a las cesáreas por parte de las mujeres con niveles socioeconómicos bajos se transforma en “un mejor estándar de cuidado en su salud”¹³⁴.

Parece interesante preguntarnos cuándo se le pondrá un límite a la sobreindicación de cesáreas. Será cuando atente de alguna manera contra el régimen capitalista?¹³⁵ Ese límite lo pondrá el conocimiento de sus complicaciones? O la imposibilidad de financiar los gastos que origina? O las sentencias por mala praxis?

No obstante, sería deseable acelerar este límite mediante opciones como éstas:

- Una conciencia del personal de salud que le permita recuperar su ideal científico-técnico y su alianza con la población, sin subordinarse a la renta de la tecnología, al interés del capital y a la ganancia de la administración sanatorial.
- Una conciencia de la población general que no privilegie tanto la autonomía de demandar una cesárea si no beneficia su salud y si esa práctica quirúrgica absorbe recursos que podrían asignarse a mejores usos
- Una decisión de un Estado que tenga en cuenta los conflictos de intereses que con la polución de cesáreas opacan el aporte de esta intervención a la salud.

En el cuerpo del trabajo se propusieron vías operativas para limitar las cesáreas a sus indicaciones válidas.

133 Casale, Roberto Antonio, op. citado, p. 205: estos resultados no dependen de diferencias en la edad de la madre, riesgos, complicaciones y complejidad de la institución

134 Casale, Roberto Antonio, op. citado

135 Schumpeter ganó el Premio Nobel demostrando que la invención tecnológica de los países desarrollados es lo que los diferencia de los subdesarrollados. Pero no predijo la evolución de los supuestos adelantos a largo plazo cuando se abusa de ellos

ANEXO

DIFERENCIAS REGIONALES EN VARIABLES VINCULADAS A LA MATERNIDAD

El Cuadro muestra brechas regionales en diversas variables vinculadas a la maternidad. En cada variable se consigna primero el valor del país, y después el de las regiones que en cada variable tienen los valores extremos, superiores e inferiores, siempre en porcentajes.

Cuadro 8: Brechas regionales en variables vinculadas a la maternidad, Argentina 2011

	% del país	% del extremo superior	% del extremo inferior	% Brecha entre extremos
Madre adolescente	23,0	28 NEA	18 CABA	55
Madre < 15 a.	0,8	1,4 NEA	0,3 CABA	370
Madre > 35 a.	8,1	9,4 CABA	7,4 Interior de Bs. As.	30
Tabaquismo	10,1	16,8 Patagonia	3,1 NOA	440
Sin Control Prenatal	6,9	10,3 NOA	2,8 Patagonia	270
Control Pre Natal insuficiente	33,5	41,1 NOA	22,2 Patagonia	85
Cesáreas	29,1	34,7 Patagonia	25,3 Conurbano de Bs. As.	37
Uso de corticoides Pre Natales	45,4	68,1 Patagonia	32,7 NEA	108
Suplementación con Hierro y Folatos	72,9	93,7 NEA	49,2 NOA	90
Acompañamiento en el parto	34,2	98,2 Centro	10,8 NEA	809
Manejo activo del alumbramiento	71,8	86,7 Cuyo	59,1 NEA	40
Episiotomía en primíparas	62,5	76,3 CABA	53,8 NOA	42
VDRL +	1,4	2,2 NEA	0,6 Cuyo	267
Mortinatalidad	7,7	11,0 NEA	0,6 CABA y Conurbano de Bs. As.	1.733

VIH +¹³⁸	0,4	-	-
Peso bajo al nacer	8,2	9,7 Interior de Bs. As.	6,8 Patagonia
Peso muy bajo al nacer	1,7	2,2 Interior de Bs. As.	1,4 Patagonia
Extremo bajo peso al nacer	0,7	0,95 Interior Bs. As.	0,58 Patagonia
Prematurez	10,6	13,1 NEA	8,9 CABA
Malformación neonatal	0,8	1,7 Patagonia	0,6 Conurbano de Bs. As.
Embarazo no planificado (ENP)	61,5	72,3 NOA	53,1 CABA
No uso anticonceptivos en ENP	80,1	92,5 NOA	60,7 Interior de Bs. As.
Entrega de anticonceptivos	91,5	99,8 NEA	68,3 Interior de Bs. As.
PAP de control	34,1	56 NOA	11 NEA
Apgar a los 5' mayor de 6	98,5	99 Conurbano de Bs. As.	98 NOA

Fuente: Investigación especial del Ministerio de Salud de la Nación y OPS¹³⁶

Hay relaciones que son muy coherentes: el NOA tiene el mayor % de no-uso de anticonceptivos y al mismo tiempo el mayor % de embarazos no planificados.

Sin embargo, hay otras relaciones que, como se ha mencionado en el cuerpo principal de esta obra referido a las cesáreas, son sorprendentes: NOA y Patagonia tienen los más altos y más bajos porcentajes de control prenatal insuficiente, respectivamente, y los más bajos y altos porcentajes de cesárea, respectivamente. Quiere decir que estos datos contradicen la presunción de que las cesáreas aumentan cuando disminuyen los controles prenatales. El hecho de que la menor desproporción materno fetal requiera menos cesáreas

136 Ariel Karolinski, Raúl Mercer, Pablo Salgado, Celina Ocampo y otros. Obra citada, 2013. Tabla 3. Distribución de Indicadores Seleccionados según dimensión. Argentina 2011, http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/SIP-G_Anexos/pdfPublicacion/SIP-G.pdf

en regiones que por ser pobres como el NOA tienen mayor incidencia de prematuridad, explicaría apenas una parte de la diferencia en la tasa de cesáreas.

Si bien los corticoides se indican a la madre para la maduración pulmonar del prematuro, sorprende que Patagonia sea la que más los indica, aunque es la Región con mejor peso al nacer, o sea, donde cabría esperar menor proporción de recién nacidos con inmadurez pulmonar que requiera corticoides.

No resulta fácil entender cómo el NEA es la región que provee anticonceptivos a la mayor proporción de mujeres y la que tiene menos citologías de cuello (PAP).

La mortalidad fetal (mortinatalidad) es la variable con mayor brecha entre regiones. Pero, como expusimos en un trabajo anterior¹³⁷, su subregistro es de tal magnitud que interpretación de la brecha carece de validez. Es obvio que las diferencias entre jurisdicciones son mucho más amplias que entre regiones. Señalemos un ejemplo: en Tierra del Fuego se realiza episiotomía en el 98% de los partos, pero en Formosa esta proporción es de apenas 12%, o sea, 8 veces menos, pese a que en todo el país rigen las mismas normas.

En base a estas consideraciones, proponemos un estudio de confiabilidad y validez antes de aceptar e interpretar las disparidades.

137 Borini, Mario, y Luis Migueles, *Mortalidad Infantil en Argentina*, Instituto de Estudios sobre Estado y Participación – ATE, Buenos Aires, 2015

CUADERNOS PARA VOLVER A CARRILLO
la salud pública argentina escrita por trabajadorxs

Otros números de esta colección:

Nº5
LA MORTALIDAD INFANTIL EN LA ARGENTINA: mitos, verdades, revelaciones...

Nº4
LAS ALMAS REPUDIAN TODO ENCIERRO | Acerca de la ley nacional 26.657 de salud mental y adicciones

Nº3
NI UN PIBE MENOS | Por políticas públicas que garanticen la protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes en la República Argentina

Nº 2
AGROINDUSTRIA, HIDROFRACTURA, REPRESAS, MEGAMINERIA... LA TIERRA... sin fin? Algunos procesos del modelo productivo en la Argentina y muchas de sus implicancias en la salud

Nº1
LA SALUD DETENIDA | Una aproximación al estado de salud de las mujeres en contexto carcelarios

Disponible en:
www.atesociosanitario.com.ar

ASOCIACIÓN TRABAJADORES DEL ESTADO DE LA REPÚBLICA
ARGENTINA / CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL INSTITUTO DE
ESTUDIOS SOBRE ESTADO Y PARTICIPACIÓN (IDEP) ÁREA DE SALUD



CUADERNOS PARA VOLVER A CARRILLO es una serie coleccionable que abordará temas específicos del campo socio sanitario en la Argentina. Temas generales de marco nacional. Y temas regionales o locales, procurando ofrecer un enfoque vinculante de TODOS los procesos que atraviesan esas realidades particulares.

Temas y problemas dispuestos en función de MOSTRAR la realidad que ven nuestros ojos en cada hospital donde trabajamos, en cada barrio donde habitamos; y que constituye el mapa real de la Salud, habitado por personas de carne y hueso; el mapa que no muestran ni los arcaicos manuales de Salud Pública ni las estadísticas del relato hegemónico.

Integramente producida, escrita y desarrollada POR trabajadorxs PARA trabajadorxs.

Para seguir bregando por una mejor Salud para nuestro pueblo.

