

**IDENTIFICACIÓN DE DETERMINANTES Y
ÁREAS DE RIESGO PARA LA MORBI-MORTALIDAD MATERNA
Y SU INTERVENCIÓN EN LA PROVINCIA DE JUJUY**

*(IDENTIFICATION OF CAUSES AND RISK AREAS CONCERNING MATERNAL
MORBIDITY AND MORTALITY AND ITS INTERVENTION
IN THE PROVINCE OF JUJUY)*

Luis QUERO* - Ana María ATENCIO - Susana PÉREZ de GUZMÁN

RESUMEN

El proceso reproductivo es una circunstancia importante en la vida personal y familiar. Aunque con frecuencia es fuente de satisfacción y plenitud humana, implica en ocasiones, riesgos en la salud, sobre todo de las mujeres. De allí que el propósito de esta investigación consiste en describir los factores que aumentan el riesgo de morbilidad y mortalidad materna, con la expectativa de aportar información para facilitar la toma de decisiones en los servicios provinciales de atención de la salud.

Para ello analiza la importancia que tienen los factores residencia según zonas geográficas de la Provincia y edad de las mujeres y su relación con la presencia de resultados no deseados en la salud, tales como infecciones puerperales, hemorragias, desgarros u otras complicaciones obstétricas, así como la mortalidad materna, información que será oportunamente presentada ante las autoridades de las instituciones de salud.

Desde lo cualitativo, se indaga e interpreta las actitudes e interés de los diferentes actores de los Servicios de Salud materna, con respecto a los factores de riesgo que pudieran estar presentes en la población que les toca atender. Esto es relevante porque la respuesta que ofrecen a la población a su cargo está estrechamente vinculada al concepto de salud-enfermedad que han construido: una mirada ecológica, integradora, donde se consideran las condiciones personales, familiares, culturales y geográficas en las que deviene la vida de las personas, es fundamental para decidir las acciones más apropiadas para la prevención de

* Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) - Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Jujuy - Otero 262 - 4600 - San Salvador de Jujuy - Jujuy - Argentina.

** División de Medicina Interna General del Centro de Investigación de Eficacia Médica para Poblaciones Diversas, Departamento de Medicina y Centro de Estudio de Cáncer - Universidad de San Francisco - California.

*** Departamento de Antropología - Universidad de Connecticut.

enfermedades o muerte en las mujeres y la construcción individual y colectiva del camino a la salud.

Palabras Clave: salud materna, factores de riesgo, mujeres en edad fértil, áreas de riesgo de la Provincia de Jujuy, representaciones sociales, personal de salud.

ABSTRACT

Reproduction is of vital importance to individual life as well as family life. Even though it often means a source of satisfaction and human wholeness, it occasionally implicates health risks, primarily in women. Hence the central purpose of this research consist on describing the maternal morbidity and mortality risk-increase factors to provide information that will, eventually, facilitate public health services decision-making.

To achieve this, this frame of work intends to weigh factors such as: areas of residence and age, as well as their relation to unwanted health results, such as: puerperal infections, bleeding, ruptures or any other obstetric complications, including maternal mortality. This information will be at the disposition of health institutions promptly.

On a qualitative approach, we interpret and comprehend the attitude and interest shown by Maternal Health Services staff, regarding risk factors that could be present in the population that they watch over. This is relevant because whichever response they offer is directly linked to the health-disease concept people have built. Having a new ecological, holistic point of view, which takes account of personal, cultural, geographical and family conditions the population is immersed in, is imperative in order to be equipped to take action on disease and death prevention among women.

Key Words: *maternal health, risk factors, women of childbearing age, risk areas of the Province of Jujuy, social representations, health personnel.*

INTRODUCCIÓN

Según el Foro de Investigación en Salud de la Argentina(2) “Para el año 2000 murieron en el mundo más de medio millón de mujeres por causas maternas. El riesgo de morir de una mujer en edad reproductiva durante el embarazo, el parto o el puerperio en países desarrollados es de 1 en 2.800; mientras que en los países no desarrollados este riesgo asciende a 1 en 61”.

Las causas maternas, constituyen las principales fuentes de incapacidad, enfermedad y muerte entre las mujeres en edad reproductiva en los países en desarrollo. Por otra parte, se estima que cada año aproximadamente ocho millones de mujeres sufren complicaciones potencialmente mortales relacionadas con el embarazo(3). A pesar de la magnitud y gravedad del problema evidenciado a partir de las estadísticas y de los certeros avances en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, tanto a nivel internacional cuanto nacional,

esta problemática no ha mostrado variaciones sustanciales. En la Provincia de Jujuy, se trataría de una cuestión definida como de interés prioritario por la autoridad sanitaria, pero aun no se logrado impactar efectivamente en la morbilidad y mortalidad materna.

La Population Action International(4), propone un Índice de Riesgo Reproductivo basado en 10 indicadores (fecundidad adolescente, utilización de anticonceptivos, atención prenatal, atención del parto por profesional calificado, anemia en embarazadas, prevalencia de infección por VIH en hombres y mujeres, política de abortos, tasa de fecundidad y razón de mortalidad materna). Ubica a los países que componen Latinoamérica en tres categorías determinando que Chile, Uruguay y Argentina presentan bajo riesgo reproductivo, el resto de los países presentan riesgo moderado salvo Bolivia, donde resulta alto para estos indicadores.

La mortalidad materna es un problema más que significativo toda vez que *“Aproximadamente 22.000 mujeres mueren cada año en Latinoamérica y el Caribe como resultado de complicaciones durante el embarazo o el parto. La mayoría de estas muertes son evitables. La razón global de mortalidad materna en la región es de 190 por 100.000 nacidos vivos, con enormes diferencias entre países. Chile tiene una tasa de mortalidad materna de 23 por cada 100.000 nacidos vivos mientras que Bolivia tiene 390 y Haití 523. Canadá tiene 4 muertes maternas por cada 100.000”*(5).

En los últimos años la situación de los países de América Latina ha estado enmarcada en una crisis económica que no tiene precedentes históricos, aunado a conflictos políticos de diversa envergadura. Esto ha significado una situación particularmente difícil para estos países al enfrentar la crisis económico-financiera así como los esfuerzos por consolidar la democracia como base en que se sustentan los sistemas políticos de la región que son un desafío indiscutible del presente. La situación de crisis económica mencionada se manifiesta en tendencias regresivas en la condición, nivel y calidad de vida de importantes sectores sociales de la población.

Estas diferencias las encontramos también en la Republica Argentina y especialmente en la Provincia de Jujuy donde la tasa de mortalidad materna para el año 2006 alcanzó las 165 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos; es decir, fue nueve veces más alta que la de Ciudad Autónoma de Buenos Aires y 3.4 veces mayor que la media nacional(6). Para este mismo año en Tierra del Fuego, no murieron mujeres por causas reproductivas. Una de las desventajas es que esta Provincia se encuentra ubicada en el estrato 4 de nivel socioeconómico lo cual aumenta la vulnerabilidad de sus habitantes y en especial, de las mujeres que en ella habitan.

Es importante mencionar que el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer tuvo lugar a nivel internacional en diciembre de 1979, cuando la Asamblea General de las Naciones Unidas, adoptó la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), luego en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo que se realizó en El Cairo – 1994, se pasó del enfoque de “metas demográficas” a tomar como base valores fundamentales de los derechos humanos, la equidad e igualdad de género y

la mejora de la calidad de la vida para todas las personas. En 1995 la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, afirma el derecho de las mujeres “a tener control sobre los temas relacionados con su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, y decidir libre y responsablemente sobre dichos temas, sin coacción discriminación ni violencia”; requiere enfoques precisos para integrar la problemática de los derechos humanos y abordar la inequidad de género dentro de un marco general de equidad y justicia, abarcando mucho más que la incorporación de algunos componentes a los programas de salud materno-infantil y planificación familiar existentes.

A nivel nacional la Reforma Constitucional de 1994 realizó un importante avance cualitativo en el reconocimiento de los derechos de las mujeres en la República Argentina, ya que ha asignado a la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer la mayor jerarquía en la pirámide legal permitiendo la creación de leyes en todo el ámbito del país.

En 1999, la Provincia aprobó la Ley 5.133 de Salud Sexual y Reproductiva creando el Programa Provincial de Maternidad y Paternidad Responsable. Fue el corolario de 10 intensos años de trabajo de organizaciones gubernamentales (sector salud) y no gubernamentales que pudieron escuchar y trabajar para dar respuesta al pedido de miles de mujeres. Consecuentemente, en 2003 la Provincia adhirió a la Ley Nacional 25.673 (Dec. Nac. 1.282/2003) que reglamenta la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, facilitándose la provisión de MAC que comenzaron a distribuirse gratuitamente, ya que la ley provincial antes mencionada no contaba con presupuesto para tales efectos. Durante ese mismo año, a través de la resolución 606 el Secretario de Salud Pública dispone que todas las efectores de salud provinciales deben adoptar la guía sobre uso de anticonceptivos (elaborada por la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil) que incluye el marco conceptual y metodologías de funcionamiento de las Consejerías. Este hecho constituyó un paso muy importante para la efectiva inclusión oficial de prácticas que tienden a promover la salud sexual y reproductiva de la mujer. Son muchos los esfuerzos y recursos que se afectan en este sentido desde todos los niveles del Ministerio de Salud, tanto centrales cuanto desde las Áreas Programáticas. Además, tienen plena vigencia los Programas Materno-infantil; Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable; y Nacional de Prevención del Cáncer Cérvico-uterino. A estos se suman los esfuerzos de la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual y Plan Nacer, entre otros. No obstante los ingentes esfuerzos realizados, la morbi-mortalidad materna es aun una problemática sanitaria vigente en la Provincia de Jujuy.

A pesar de los avances en la percepción del problema, la existencia de marcos legales y la multitud de recursos que se invierten, la morbimortalidad materna sigue siendo, un problema relevante para la Provincia de Jujuy ya que es jurisdicción que presenta los más altos indicadores a lo largo de los años. Es a partir de esta observación que surgió la inquietud de profundizar en el conocimiento de este aspecto de la realidad local y es un desafío aportar acerca del conocimiento de esta problemática a fin de encontrar estrategias que nos permitan avanzar para garantizar a las mujeres en el territorio de la provincia la posibilidad de ejercer el derecho a la salud.

REFERENTES TEÓRICOS

La Constitución de la OMS(7) asume que *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*; y agrega que *“El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”*. Una población sana y activa es un pre-requisito para el desarrollo económico y social(8).

En este marco, la salud reproductiva es un elemento central, ya que contribuye fuertemente a determinar los niveles de salud a lo largo de toda la vida: en la niñez, la adolescencia, el período reproductivo, el climatérico y durante la vejez de hombres y mujeres. Tiene además pronunciados efectos intergeneracionales, principalmente a través del rol de la mujer durante el período reproductivo y la crianza de niños y niñas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define Salud Reproductiva como *“Una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz de forma segura”*.

A su vez, la atención en salud reproductiva es entendida como *“(…) el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud reproductiva y al bienestar previniendo y solucionando problemas de salud reproductiva. También incluye la atención en salud sexual, cuyo propósito es mejorar la calidad de vida y las relaciones personales, y no sólo ofrecer consejería y cuidados relativos a la reproducción y a las enfermedades de transmisión sexual”*(9).

Las mujeres resultan enormemente más afectadas por los problemas de salud reproductivos, ya que están expuestas a las complicaciones del embarazo y del parto; también sufren las consecuencias de no poder prevenir los embarazos no deseados, corren riesgos al realizar abortos peligrosos, cargan con una mayor responsabilidad en materia de anticoncepción y están más expuestas a contraer infecciones del tracto reproductivo y a sufrir sus complicaciones. Sin embargo, los factores biológicos no bastan para explicar esta disparidad de repercusiones: la desventaja social, económica y política de la mujer tiene un impacto muy negativo en su salud reproductiva(10).

Según un análisis del Banco Mundial y la OMS, los trastornos de la salud reproductiva representan más del 30% de la carga global de morbilidad y discapacidad en las mujeres, frente a solo un 12% en los hombres. La mayor proporción de años de vida sanos perdidos por las mujeres en edad reproductiva es atribuible a problemas relacionados con el embarazo y el parto, seguidos por las ETS, que son causa del 8, 9% de la carga de morbilidad en las mujeres, en comparación con el 1.5% en los hombres del mismo grupo de edad(11).

Además de los factores del ciclo vital y de género, la salud reproductiva afecta y es afectada por el contexto más amplio de la vida de las personas, en particular, sus circunstancias económicas, educación, empleo, condiciones de vida y entorno familiar, relaciones sociales y entre sexos, y estructuras tradicionales y legales(12).

MARCO CONCEPTUAL

Los resultados no deseados o daños que se abordan en esta investigación refieren a la mortalidad y morbilidad materna. La mortalidad es entendida como *“(…) la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales”*(13). A su vez, la Décima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-10, 1995) mantiene esta definición y propone la consideración de una nueva categoría: muerte materna tardía. Se define como tal a la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas, ocurrida después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo(14). *“No obstante, a los fines de las comparaciones nacionales e internacionales, la tasa de mortalidad materna deberá ser calculada sin incluir las defunciones maternas tardías”*(15).

La morbilidad materna es conceptuada como la ocurrencia de complicaciones o enfermedades que se producen durante la gestación, parto o puerperio; se trata de afecciones inmediatas o mediatas que comprometen la salud de las mujeres y que en ocasiones dejan secuelas permanentes. Particularmente se investiga respecto de la ocurrencia de gestosis o eclampsia; de desgarros, hemorragias y otras complicaciones o lesiones en el proceso del parto. Además, la presencia de infecciones durante el embarazo o puerperales, así como partos prematuros o de abortos(16).

Tanto la morbilidad cuanto la mortalidad materna están estrechamente vinculadas a factores que aumentan la probabilidad de sufrir estos daños en la población expuesta. La descripción que se propone considera en primer lugar el lugar de residencia en las distintas zonas geográfica dentro de la Provincia de Jujuy de las mujeres afectadas. Esto es importante porque las condiciones de vida, clima, altitud sobre el nivel del mar, accesibilidad a los servicios de salud, entre otras circunstancias, son notoriamente diferentes en las distintas regiones. Así es que en la Zona de Quebrada y Puna, a más de 2.500 m sobre el nivel del mar, las distancias a los Centros asistenciales son grandes, por caminos de difícil transitabilidad. El clima es frío, inhóspito y las condiciones de vida de las personas notablemente dificultosas.

En la zona de Valles Fértiles, donde se concentra la mayor población de la Provincia, el clima es muy benigno, con variaciones entre los 800 y 1.500 m sobre el nivel del mar. Allí se concentran los centros asistenciales de mayor complejidad, pero también existen grandes conglomerados peri urbanos de población en su mayoría migrante que viven en condiciones de pobreza. La zona denominada Ramal,

ubicada entre los 400 y 700 metros sobre el nivel del mar, está expuesta a un clima cálido, con centros urbanos de mediano tamaño con centros asistenciales de mediana complejidad.

La edad de la mujer, constituye a su vez, un factor fundamental relacionado con el riesgo materno tanto en las edades inferiores a 20 años y particularmente por debajo de los 15 años. A su vez las mujeres mayores de 35 también presentan un riesgo mayor. En las adolescentes la madurez biológica y psicológica no se ha alcanzado, generalmente no tienen una independencia económica y no han culminado sus estudios, y en el caso de las afeas, se considera el inicio del envejecimiento del sistema reproductor(17).

Se considerara mujeres en edad fértil desde los 10 y hasta los 49 años. Se incluye el grupo de 10 a 14 porque aunque representan un número reducido de casos, la morbimortalidad por razones reproductivas es muy alta en este grupo etáreo. La tasa de mortalidad materna en la Argentina, es más elevada en mujeres muy jóvenes, es menor entre los 20 y los 29 años y luego aumenta a medida que aumenta la edad. El mayor número de nacimientos ocurre en mujeres de edad mediana, haciendo que este grupo contribuya con el mayor número de defunciones maternas(18).

Disponer de información respecto a la morbi-mortalidad materna y de los factores que incrementan el riesgo que estas circunstancias no deseadas ocurran, será de mucho valor para los servicios de salud, ya que les permitirá tomar decisiones atendiendo a cada persona en su contexto personal, social e histórico, además de hacerlo con una apropiada definición de las prioridades.

Por ello, desde el punto de vista hermenéutico se procura comprender e interpretar la asignación de sentido que el personal que se desempeña en los servicios de maternidad han construido respecto de la importancia de la morbimortalidad materna y del peso que los distintos factores tienen en la población a su cargo.

Considerando que la tasa de mortalidad materna "*Refleja el riesgo de morir de las mujeres durante la gestación y el parto*"(19), es relevante evaluarla teniendo en cuenta la distribución según los diferentes factores de riesgo mencionados más arriba. De la misma manera conocer la prevalencia de morbilidad materna en la Provincia de Jujuy, según sus zonas geográficas, adquiere particular valor al momento de tomar decisiones en los servicios de salud, establecer prioridades sanitarias y definir las estrategias de intervención. A su vez, la descripción de los factores de riesgo aportará información de la influencia relativa que cada uno de ellos tiene. Sin embargo, todo ello será fútil si la información aportada no es valorada y puesta en consideración por los referentes de los servicios de salud materna. De allí la importancia de considerar la actitud de los efectores, interpretando si están dispuestos a tener en cuenta esta información al diseñar y ejecutar las acciones institucionales; esto por cierto, es un hecho relevante que es necesario comprender e interpretar.

HIPÓTESIS

La morbi-mortalidad materna tiene una distribución diferente según las zonas geográficas de la Provincia de Jujuy.

La edad de la mujer modifica la probabilidad de padecer morbi-mortalidad materna.

La actitud y representación social del personal de los centros de atención materna con referencia a los factores de riesgo de morbi-mortalidad materna, definen las estrategias de atención que llevan a cabo.

OBJETIVOS GENERALES

Describir los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que mujeres en edad fértil presenten morbi-mortalidad materna en la Provincia de Jujuy.

Comprender la asignación de sentido que los agentes de salud han construido respecto de la importancia de conocer y tener en cuenta los factores que aumentan el riesgo de morbi-mortalidad materna.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir el riesgo de morbi-mortalidad materna en mujeres de la Provincia de Jujuy según la zona geográfica de residencia.

Analizar la distribución del riesgo que tienen las mujeres de presentar morbi-mortalidad materna según el grupo etario al que pertenece.

Interpretar la percepción que tienen los agentes de salud respecto de la importancia de tener en cuenta los factores de riesgo reproductivo de las mujeres en la actividad cotidiana de los servicios de salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

VARIABLES Y CATEGORÍAS

Mortalidad materna: La información referente a mortalidad materna se obtuvo de los registros de estadísticas vitales, considerando las defunciones que ajusten a la definición operacional siguiente, que se hayan registrado durante los años 2001 a 2008 (mortalidad materna directa: defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Mortalidad materna tardía: muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas, ocurrida después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo).

La tasa de mortalidad materna lleva como numerador el número de defunciones por causas maternas acaecidas en la población femenina de un área geográfica determinada durante un año dado; y como denominador, el número de nacidos vivos registrados en la población de la misma área geográfica dada durante igual periodo, como una aproximación al número de mujeres expuestas a morir por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio. Se utiliza 10.000 como factor de amplificación.

Morbilidad materna: la información se relevó retrospectivamente de las bases de datos de estadísticas hospitalarias, considerando los egresos ocurridos durante el período 2001 a 2008, que se ajusten a la siguiente definición operacional: Morbilidad materna: ocurrencia de complicaciones o enfermedades que se producen durante la gestación, parto o puerperio.

Se realizara una descripción de los factores de riesgo que se indican seguidamente, los cuales se analizarán también de manera retrospectiva. Tomando la información tanto de los datos de estadísticas vitales cuanto de estadísticas hospitalarias de personas que hayan sido registradas en el período 2001 a 2008.

DEL ÁMBITO DE ESTUDIO

La Provincia de Jujuy, se ubica en el noroeste argentino limitando con las Repúblicas de Bolivia y Chile y con la Provincia de Salta. Está situada entre los paralelos de 22 ° y 24° de latitud sur y los meridianos de 65° y 67° de longitud oeste, atravesada por el Trópico de Capricornio. Tiene una superficie de 53.219 kilómetros cuadrados. La división política y administrativa establece 16 Departamentos.

Considerando las condiciones ecológicas, altitud sobre el nivel del mar y clima, en la Provincia pueden identificarse las siguientes zonas geográficas:

Zona Puna: Comprende los Departamentos Susques, Yavi, Santa Catalina, Cochinota y Rinconada. Esta región está ubicada a más de 3.000 m snm, presenta clima frío seco, casi glacial, con vientos que soplan durante todo el año, en la parte norte y oeste de las cumbres y altipampas. Baja densidad de población. Grandes distancias entre asentamientos poblacionales, caminos poco transitables.

Zona Quebrada: Departamentos Tumbaya, Tilcara y Humahuaca. Clima semi frío y templado de; comprende la Quebrada de Humahuaca y valles aledaños, en el centro de la Provincia.

Zona Centro: comprende los departamentos Dr. Belgrano y Palpalá. El clima es templado, moderado. Allí se encuentran los grandes conglomerados urbanos, que comprenden aproximadamente la mitad de la población provincial, con grandes asentamientos de población que ha migrado desde zonas rurales hacia la ciudad. Cuenta con los establecimientos asistenciales de mayor complejidad.

Zona Valles: Departamentos El Carmen y San Antonio; clima templado, moderado, en los llanos del sur. Zona de cultivos, buenas vías de comunicación; localidades relativamente próximas a los centros asistenciales de mayor complejidad. En esta zona residen temporariamente muchas personas que se trasladan por las actividades agrícolas estacionales.

Zona Selva: Departamentos San Pedro, Ledesma, Santa Bárbara y Valle Grande. Se ubica entre los 400 y 750 m snm. Clima cálido, y tropical, zona del gran valle del río San Francisco.

San Salvador de Jujuy, ciudad capital de la Provincia, se encuentra a una altura de 1.258 metros sobre el nivel del mar y a una distancia de 1.623 kilómetros de la ciudad de Buenos Aires. Entre las ciudades y localidades más importantes se cuentan: Palpalá, San Pedro, Libertador General San Martín, Tilcara, Humahuaca y La Quiaca.

El Sistema de Salud provincial se divide en 22 Áreas Programáticas, cada una de las cuales cuenta con Hospital Cabecera de los cuales dependen los Centros o Puestos de Salud. En general, los Centros de Salud están ubicados en las zonas urbanas y ofrecen una complejidad de atención mayor que la de los Puestos de Salud. En los primeros se desarrollan actividades intra y extra murales de prevención y atención de la enfermedad y promoción y atención de la salud, con acciones de baja complejidad. Posee atención médica diaria (generalista o especialidades básicas), de enfermería y otras disciplinas como puede ser trabajo social u odontología. La atención es ambulatoria. En los Puestos de Salud también se realizan acciones de prevención, promoción y recuperación de la salud en consulta externa, cuenta con la atención de enfermería, pero con atención médica periódica y servicio social programado. Pueden o no contar con atención odontológica periódica, a cargo de profesionales del establecimiento base del Área. La Provincia cuenta además con tres hospitales del sector estatal; dos de éstos de nivel IV, son centros de referencia provincial (uno de ellos, de atención pediátrica y otro de adultos); el tercero es un establecimiento de atención neuro psiquiátrica.

TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO

Se trata de un estudio multi céntrico, ya que comprende los servicios de maternidad que operan en los establecimientos hospitalarios de la Provincia de Jujuy. La metodología adoptada incluye una perspectiva cuantitativa que permite describir los factores de riesgo y los resultados no deseados en la salud materna, estableciendo la relación que pudiera existir entre ambos. Esta perspectiva se complementa con otra, la metodología cualitativa, la cual facilita la obtención de información respecto de las representaciones sociales y asignación de sentido que los actores responsables de la atención de la salud materna han construido en cuanto a la importancia de considerar aquellos factores en su accionar cotidiano.

En cuanto a los datos cuantitativos es un estudio observacional y retrospectivo. Se investigaron los egresos hospitalarios de mujeres en edad fértil durante los años 2001 a 2008 y, además, las muertes maternas en el mismo período. Así mismo, es un estudio que tiene por objeto describir los principales factores de riesgo que durante el lapso de tiempo señalado, puedan haber aumentado la probabilidad de daño en la salud materna de las mujeres en la Provincia de Jujuy. En su faz cualitativa, es un estudio transversal que indaga respecto de las representaciones sociales que están presentes en el personal que se desempeña en los centros de atención de maternidad de la Provincia.

POBLACIÓN Y FUENTE DE DATOS

Universo o población objetivo: El universo de estudio está compuesto por todas las mujeres en edad fértil, residentes en la Provincia de Jujuy que tuvieron egreso hospitalario o que han fallecido por causas maternas, durante los años 2001 a 2008.

Unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión: La unidad de análisis para la morbilidad materna, es el egreso hospitalario de mujeres, por causas relacionadas con el embarazo o el parto. Esto implica que la misma persona puede haber egresado más de una vez en el período. En cuanto a la mortalidad materna, se consideran las defunciones por causas maternas registradas por el Servicio de Estadísticas Vitales y que ocurrieron entre 2001 y 2008.

Muestra: Mujeres en edad fértil residentes en la provincia de Jujuy que tuvieron egreso hospitalario o murieron por causa obstétrica durante los años 2001 a 2008.

Con la información relevada se procedió a describir la situación de salud materna de las mujeres que componen la muestra y a elaborar tablas y gráficos que dan cuenta de la misma. En cuanto al riesgo de presentar morbi-mortalidad materna, se calcula el riesgo relativo.

Desde el enfoque metodológico cualitativo, se facilita la comprensión del objeto de estudio y por tratarse de una propuesta interpretativa facilita la aproximación a la realidad, vista desde la perspectiva de los actores involucrados, recogiendo los datos de “(...) *las propias palabras de las personas (...) y la conducta observable*” (Taylor y Bogdan(20), 1990, pág. 20). Esta concepción epistemológica, permite “(...) *conocer y constatar los pensamientos (...) en torno a problemas o cuestiones importantes*” (Taylor y Bogdan, op. cit.). Explicita los mecanismos ocultos que determinan las relaciones institucionales abriendo un espacio a la comprensividad de los factores que componen el riesgo reproductivo. Como fuente primaria de datos se procedió a realizar entrevistas breves, en profundidad y grupales, grupos focales, entrevistas a informantes clave. Como fuente de datos secundarios se incluyó la revisión de documentos como programas de actividad, resoluciones, normativas y otros que pudieran existir en los establecimientos de atención de la salud materna que sean útiles para comprender los supuestos en que se basa el diseño y ejecución de las acciones asistenciales.

RESULTADOS

Los resultados que se presentan en este documento son los hallazgos preliminares que han sido sistematizados de manera que sea posible una descripción de la situación de salud materna de la población indagada, a la vez que identificar los determinantes de riesgo reproductivo según los factores seleccionados y las zonas geográficas implicadas. Desde el punto de vista hermenéutico se indagó respecto de los significados que para las personas responsables de la atención de salud se han construido respecto de la importancia de valorar, comprender y utilizar la información referida al riesgo de morbi-mortalidad materna en la toma de decisiones. En la triangulación, además de tener en cuenta las observaciones realizadas por distintos investigadores, por el mismo investigador en distintos momentos y la opinión de expertos, se incluyó la contrastación entre ambos métodos cuali y cuantitativo. Una vez obtenida la información el equipo investigador ordenó el material recogido; estableció los procedimientos para proceder a su procesamiento; tabular la información para luego analizar e interpretar los resultados.

En la Tabla y gráfico N° 1 se presentan las tasas de natalidad y de fecundidad de la provincia de Jujuy para el periodo 2001 a 2008. Es evidente una leve tendencia descendente. Esto se observa en todas las zonas geográficas de la Provincia y tanto en adolescentes cuanto en adultas.

AÑO	Población	Nacidos Vivos	Tasa de Natalidad	MEF	Tasa de Fecundidad
2001	611.888	13.582	22,2	186.253	72,9
2002	621.411	14.579	23,5	189.419	77,0
2003	630.933	13.895	22,0	192.586	72,1
2004	637.890	15.186	23,8	195.761	77,6
2005	647.828	13.456	20,8	198.927	67,6
2006	657.766	12.317	18,7	202.093	60,9
2007	667.704	12.707	19,0	205.260	61,9
2008	677.669	13.248	19,5	208.435	63,6

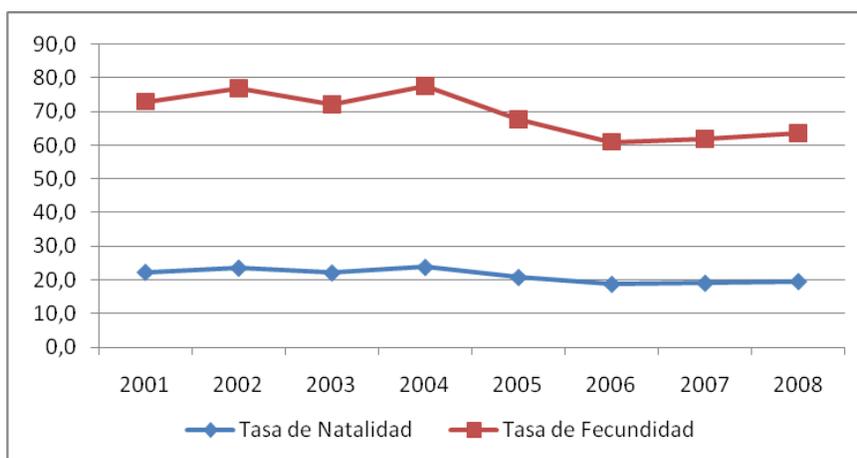


Tabla 1. Tasa de Natalidad y de Fecundidad en la Provincia de Jujuy. Años 2001-2008.

En la tabla N° 2 pueden observarse las causas de mortalidad materna en la Provincia de Jujuy, agrupadas según capítulos de la Tabla 1 de mortalidad de la CIE 10. Se destacan las causas obstétricas que alcanzan el 87,2 % de las defunciones maternas. Luego, en la Tabla N° 3 se discriminan las causas de mortalidad obstétrica según detalle de la misma Tabla 1 de mortalidad.

Nº	CAUSAS DE DEFUNCIÓN	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Tot	Proporción	
											%	% Acum
1	Causas Obstétricas	28	13	22	14	11	22	6	13	129	87,2%	87,2%
2	Causas Tumorales	1	0	1	3	1	1	0	1	8	5,4%	92,6%
3	Causas Infecciosas y Parasitarias	0	0	3	1	0	0	0	0	4	2,7%	95,3%
4	Causas Externas	1	2	0	0	0	0	0	0	3	2,0%	97,3%
5	Enfermedades del Sistema Respiratorio	0	1	1	0	0	0	0	0	2	1,4%	98,6%
6	Causas Circulatorias	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,7%	99,3%
7	Sistema Génitourinario	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,7%	100,0%
TOTAL		30	18	27	18	12	23	6	14	148		

Tabla 2. Causas de Mortalidad Materna en la Provincia de Jujuy, según capítulos de Tabla 1 de Mortalidad de la CIE 10. Años 2001-2008

Nº	CAUSAS DE DEFUNCIÓN	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
1	Embarazo terminado en aborto	16	7	9	9	5	10	2	3	61
2	Otras muertes obstétricas directas	9	4	8	5	5	11	1	8	51
3	Muertes obstétricas indirectas	3	2	3	0	1	1	3	2	15
4	Resto de tumores malignos	1	0	0	2	1	0	0	1	5
5	Todas las demás causas externas	1	2	0	0	0	0	0	0	3
6	Resto de embarazo, parto y puerperio	0	0	2	0	0	0	0	0	2
7	Tumor maligno del cuello del útero	0	0	1	0	0	1	0	0	2
8	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	0	0	1	0	0	0	0	0	1
9	Enfermedades renales glomerulares y tubulointersticiales	0	1	0	0	0	0	0	0	1
10	Resto de enfermedades del sistema respiratorio	0	1	0	0	0	0	0	0	1
11	Otras fiebres virales transmitidas por artrópodos	0	0	1	0	0	0	0	0	1
12	Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intra hepáticas	0	0	0	1	0	0	0	0	1
13	Hepatitis viral	0	0	0	1	0	0	0	0	1
14	Neumonía	0	0	1	0	0	0	0	0	1
15	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	0	0	1	0	0	0	0	0	1
16	Otras enfermedades del corazón	0	1	0	0	0	0	0	0	1
TOTAL		30	18	27	18	12	23	6	14	148

Tabla 3. Causas de Mortalidad Materna en la Provincia de Jujuy, según detalle de Tabla 1 de mortalidad de la CIE 10. Años 2001-2008.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Participación porcentual de abortos en el total de muertes maternas	53%	39%	33%	50%	42%	43%	33%	21%	41%
Participación porcentual de abortos sobre muertes maternas por causa obstétrica	57%	54%	41%	64%	45%	45%	33%	23%	47%

Tabla 4. Proporción de defunciones maternas en la Provincia de Jujuy por causas relacionadas al aborto. Años 2001-2008.

Mortalidad materna	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Tasa de Mortalidad Materna	22,1	12,3	19,4	11,9	8,9	18,7	4,7	10,6	13,6
Tasa de Mortalidad Materna por abortos	11,8	4,8	6,5	5,9	3,7	8,1	1,6	2,3	5,6

Tabla 5. Tasas de defunciones maternas en la Provincia de Jujuy por 10.000 nacidos vivos. Años 2001-2008.

Descripción	Adolescentes	Adultas	Añosas	Total
Defunciones maternas	12	99	37	148
Nacidos vivos	20.049	77.700	10.904	108.973
Tasa de Mortalidad Materna	6,0	12,7	33,9	13,6
Tasa de Mortalidad Materna por causa de abortos	2,0	5,7	11,9	5,6
Participación porcentual de abortos en el total de muertes maternas	33%	44%	35%	41%
Participación porcentual de abortos sobre muertes maternas por causa obstétrica	36%	49%	45%	47%
Riesgo Relativo de mortalidad materna en añosas respecto de adolescentes		5,7	Las mujeres añosas tienen casi seis veces más riesgo de mortalidad materna que las adolescentes	
Riesgo Relativo de mortalidad materna en añosas respecto de adultas		2,1	Las mujeres añosas tienen dos veces más riesgo de mortalidad materna que las adultas	
Riesgo Relativo de mortalidad materna por aborto en adultas respecto de adolescentes		6,0	Las mujeres añosas tienen casi tres veces más riesgo de mortalidad materna por aborto que las adolescentes	
Riesgo Relativo de mortalidad materna por aborto en añosas respecto de adolescentes		2,8	Las mujeres añosas tienen casi tres veces más riesgo de mortalidad materna por aborto que las adultas	

Tabla 6. Indicadores de defunciones maternas en la Provincia de Jujuy, según grupos etáreos. Años 2001-2008.

Las mujeres que están expuestas a mayor probabilidad de mortalidad materna son las mayores de 35 años. El riesgo de defunciones maternas es 5.7 mayor en las mujeres añosas (más de 35 años) que en las adolescentes. Y en el caso de causas relacionadas con aborto es 6 veces mayor. Las adultas a su vez duplican el riesgo de las adolescentes y en caso de aborto es casi tres veces mayor.

Desde la perspectiva hermenéutica y también en una primera aproximación a los resultados, ha sido posible identificar tres procesos principales, relacionados con la planificación e instrumentación de las actividades propias de los servicios de salud, a saber:

Proceso de construcción de actitudes frente a los factores de riesgo.

Proceso de construcción de actitudes frente a las personas.

Proceso de construcción de actitudes frente a las personas.

DISCUSIÓN

PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE ACTITUDES FRENTE A LOS FACTORES DE RIESGO

En primer lugar surge con fuerza en las numerosas entrevistas realizadas, y para las distintas zonas geográficas de la provincia, que en realidad no se presta atención a los factores de riesgo, al menos desde el punto de vista de prever acciones dirigidas a neutralizarlos o limitar sus efectos sobre la salud de las mujeres. Son ilustrativas a este respecto algunas voces seleccionadas:

Médica Neonatóloga: "Creo que no se le da importancia a los factores de riesgo ni a la embarazada con un embarazo de riesgo".

Enfermera obstétrica de un centro de salud: "Cuando necesitamos que las vean en el hospital cuando necesitamos una interconsulta o una evaluación y la enviamos, ellas vuelven diciéndonos que ni siquiera las revisaron y si las revisan no envían el informe correspondiente".

En realidad los riesgos se valoran generalmente desde un enfoque asistencial y biológico. Es decir, al asistir a una embarazada, parturienta o alguna paciente con alguna circunstancia mórbida, se atienden los factores que pueden desencadenar complicaciones o desenlaces no deseados en el proceso asistencial. En estos casos se toman cuanta medida está al alcance de los profesionales de la salud para asegurar la resolución de dichos procesos mórbidos. Esto es algo que han aprendido a través de prueba y error.

Médico toco ginecólogo de un Hospital "Atender un embarazo es como tener un huevo caliente en la mano"

Médica toco ginecóloga de un Hospital: "Yo antes no lo tenía en cuenta, lo aprendí con la experiencia".

Distintas personas que fueron entrevistadas refieren que se trata de un problema de formación profesional centrada en lo reparador, con énfasis mecanicista y asistencial. Esta respuesta reparadora ante los factores de riesgo está presente aun en los Centros de Salud. Esta son algunas expresiones relevadas:

Medica Peditra de CAPS: "En el hospital se observa un abordaje totalmente biológico, parcial, se toman en cuenta los factores de riesgo pero solo desde lo biológico".

Médico ginecólogo de CAPS: "Nosotros le damos importancia a los factores de riesgo... cuando los detectamos los enviamos al consultorio de alto riesgo.

Perciben también que buena parte de los problemas residen en aspectos organizativos, tales como exceso de trabajo asignado a los agentes de salud, lo que deviene en fatiga, saturación física y emocional, poco tiempo para atender a cada persona, consultorios abarrotados por la mañana y vacíos por la tarde.

En unos pocos establecimientos de salud se ha puesto en evidencia un enfoque preventivo, dirigido a atender los factores de riesgo desde el seno mismo de la comunidad y la familia, pasando por los controles de salud en el primer y segundo nivel de atención y llegando, en los casos en que sea necesario hasta las derivaciones oportunas a establecimientos de alta complejidad. La mayor parte de las veces esta actitud holística y comprometida con las personas y su salud es una cuestión personal y aislada con algunas pocas excepciones donde el equipo de salud en su conjunto responde a estas circunstancias en forma coherente y organizada.

PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE ACTITUDES FRENTE A LAS PERSONAS

Al realizar preguntas dirigidas a comprender a qué hechos o circunstancias se atribuyen las cuestiones señaladas precedentemente surge con preocupante frecuencia una atribución de responsabilidad hacia terceros. En primer lugar hacia las mismas mujeres o a sus familias; en otras aducen falta de responsabilidad de los agentes de salud, no de sí mismos por supuesto, sino de sus pares. Seleccionamos algunas voces que ilustran esta interpretación:

Médico toco ginecólogo: "Las madres no se preocupan"

Enfermera obstétrica: "En realidad son las mismas mujeres las que no se cuidan, no se hacen responsables de su salud".

Jefa de enfermería: "En Jujuy las mujeres se mueren por desconocimiento e ignorancia. Las mujeres desconocen..., es necesario que las mujeres tomen conciencia...".

Médico ginecólogo de CAPS: "Las primeras que no le dan importancia a su embarazo son las mismas mujeres".

Es evidente que atribuyen a sus colegas actitudes discriminatorias y de poco interés en la persona a la vez que mucho interés en la tarea curativa, con marcada falta de empatía y deshumanización en la tarea.

Enfermera obstétrica: "Los profesionales le ponen obstáculos a la salud de la mujer... se sienten mal pagados, no tiene tiempo... Tienen que tener muchos trabajos para ganar un sueldo... a ellos no los obligan a cumplir un horario... a nosotros sí, por eso tenemos más tiempo para dedicarle a la consulta cuando las mujeres vienen a control...".

"Por otro lado los profesionales están cansados. Los profesionales no les dan importancia a las mujeres embarazadas. Los residentes que las atienden son

inexpertos, además están saturados de trabajo. No se trabaja a conciencia, no hay calidad de atención”.

Médica Neonatóloga: “No hay conciencia de que el otro... es una persona... es otro yo”.

La referencia a malos tratos y a que no se presta atención a los factores culturales e idiosincráticos de las mujeres también está presente.

Médica Neonatóloga: “También veo malos tratos. El otro día en un parto la mujer que estaba dando a luz pedía a gritos que entrara un familiar y además quería ponerse en cuclillas, él le dijo que dejaría entrar a alguien solamente si le hacía caso. La mujer se quería poner en cuclillas, él la amenazaba. La mujer dijo: ¿Cómo no sabe que las mujeres del norte parimos así? “

Médica Neonatóloga: “Ante los episodios de maltrato las enfermeras no reaccionan..., para ellas el maltrato es algo cotidiano en nuestro servicio”.

Enfermera obstétrica: “Ellas vuelven diciéndonos que ni siquiera las revisaron y si las revisan no envían el informe correspondiente”.

Enfermera obstétrica: “Hay mucho maltrato... los profesionales deberían tener más compasión...”

De manera excepcional aparecen algunas referencias a profesionales o técnicos a los cuales se los percibe como comprometidos y responsables en el desempeño de sus actividades. En general cada uno se refiere a sí mismo como preocupado por estas circunstancias e impotente de transformar la realidad en alguna medida. Se sienten aislados, desprotegidos y con una carga de responsabilidad abrumadora.

PROCESO DE ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL (RIESGOS CON RAÍZ INSTITUCIONAL)

Llama la atención que se mencionen como factores de riesgo que comprometen la salud de las mujeres en su proceso reproductivo a circunstancias atribuibles a la organización de las instituciones prestadoras de servicios e inclusive a la manera de instrumentar las políticas de salud.

El volumen de trabajo, que lleva a la saturación de los servicios, agravado por la distribución horaria de la oferta de atención son algunos de los hechos señalados por los entrevistados

Médica general: “En las guardias del Hosp. Pablo Soria hay dos ginecólogos y dos obstetras de guardia además de dos residentes. Es poco personal para tanto trabajo... Los residentes además de hacerse cargo de los servicios, internación también rotan en la guardia general”.

Por otra parte los agentes de salud indagados refieren que perciben un importante déficit en la formación de grado y posgrado.

Médica general: “Es un problema de formación de la residencia, también a la inexperiencia. Los residentes no conocen la realidad de la gente, no saben ni imaginan de dónde viene, cómo es el entorno familiar, social de la mujer... Creo que hay un déficit en la formación humanística... Cuando los residentes comienzan a rotar por el interior esta situación comienza a cambiar, pues en estas rotaciones comienzan

a conocer la realidad de la gente... Cuando hay alguna mujer los residentes se complica están solos y en general no llaman a los médicos de planta, a veces creen que van a poder solucionar ellos, pero el problema excede su formación.... Piden ayuda cuando la complicación los excede... Allí los médicos de planta les preguntan '¿Por qué no me llamaste antes...?' Ellos contestan: 'Creí que iba a poder solo...'

Médica general: "Los médicos residentes están solos... Los médicos de planta no los acompañan".

La responsabilidad del nivel gerencial, a quienes corresponde la toma de decisiones y la supervisión y monitoreo de la atención de salud, es otra circunstancia a la que se hace frecuente mención

Médica general. "... que alguien dé los lineamientos necesarios para este tema funcione mejor"

Enfermera obstétrica de Humahuaca: "Los médicos se desentienden absolutamente de las embarazadas, cuando llega alguna mujer por cualquier problema la envían directamente a Maternidad, sin historia clínica... sin indicaciones sin nada..."

Jefa de enfermería de CAPS: "... para ellos esta tarea de atender a las mujeres en salud sexual y reproductiva es mía y del doctor que es ginecólogo... ellos no se involucran... ante la menor consulta la derivan...no es tema de ellos".

Enfermera obstétrica: "Nosotros no tenemos capacitación".

Técnica Obstétrica: "De todas formas creo que podríamos mejorar mucho si hubiera más capacitación para el personal en general y para el personal de APS".

En síntesis, refieren preocupación en todos los niveles de la organización de los servicios de salud: desde la perspectiva individual, reconociendo a veces la necesidad de formación y capacitación personal; pasando por la instrumentación local de estrategias apropiadas y mejor comunicación; hasta la necesidad de instrumentar políticas públicas que contemplen la gama de circunstancias altamente compleja de atender apropiadamente la salud de las mujeres que atraviesan procesos reproductivos.

CONCLUSIÓN

Cabe retomar las primeras palabras de nuestro resumen: El proceso reproductivo es una circunstancia importante en la vida personal y familiar. Aunque con frecuencia es fuente de satisfacción y plenitud humana, implica, riesgos en la salud, sobre todo de las mujeres. No obstante la validez humana, ética y científica de esta afirmación los resultados preliminares de nuestra investigación, muestran una situación preocupante a la vez que alentadora.

Preocupante porque la mortalidad materna es una problemática sanitaria de magnitud en la provincia. Sin perjuicio que los números absolutos de defunciones maternas oscila entre 10 y 20 casos por año, la situación es doblemente preocupante ya que es sólo la punta del iceberg y que es de las más comprometidas del país.

Que la tasa de mortalidad materna en adolescentes en el periodo estudiado afecte a 6 mujeres por cada 10.000 nacidos vivos es una circunstancia a la que hay

que prestar atención. Sin embargo entre las adultas dicha tasa asciende al doble (12.7 por 10.000 nacidos vivos) y en las mayores de 35 años quintuplica dicho riesgo (33.9 por 10.000 nacidos vivos).

Otro hecho que pone a la Provincia de Jujuy en la situación más preocupante en el contexto nacional es el peso relativo de las defunciones por causas relacionadas con el aborto. El 41 % de las defunciones maternas están vinculadas con la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de gestación. Y en este aspecto otra vez las mujeres de 35 o más años presentan el mayor riesgo, sextuplicando el que se observa en las adolescentes. Las mujeres con edades entre 20 y 34 años triplican el riesgo de defunción por aborto a las menores de 20 años.

La muy limitada intervención en la prevención de los factores de riesgo a nivel comunitario y el énfasis que recibe la asistencia médica reparadora no está dando resultados. Es imperiosa una revisión de las estrategias de capacitación, sensibilización y reorganización de la valiosa fuerza de trabajo con que la provincia cuenta en temas de salud.

Se destaca también la referencia a la importancia que las personas indagadas atribuyen a la necesidad de revalorizar la atención de la salud centrada en la persona, respetuosa, empática y en contexto. Lo mismo cabe para la mención de falta de trabajo en equipo; fallas en la implementación de políticas apropiadas en las instituciones y a problemas de comunicación entre los distintos niveles de atención.

Al recorrer los establecimientos de salud de la provincia, particularmente aquellos con servicios de maternidad, e inclusive centros de salud en las distintas regiones de la Provincia, es posible relevar preocupación y frustración; expectativas y anhelos a la vez que desánimo y soledad. Por todo ello cabe subrayar que la atención de las mujeres y de la salud reproductiva es y debe ser una prioridad como una cuestión de políticas públicas.

NOTAS

- 1) Trabajo con Beca Carrillo Oñativía
- 2) Estado de conocimiento y agenda de prioridades para la toma de decisiones en morbilidad materna, en Argentina. 2007. Foro de investigación de la salud en Argentina. www.saludinvestiga.org.ar/pdf/policy-brief/Morbimortalidad_materna.pdf
- 3) OMS. Salud reproductiva. Informe de la Secretaría. 57ª Asamblea Mundial de la Salud, abril de 2004. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/wha2/es/index.html>.
- 4) Population Action International. 2001. "Mundos diferentes: Salud y riesgos sexuales y reproductivos". <http://www.populationaction.org>. Pág. 20.
- 5) OPS-OMS. 2004. Boletín informativo de la Organización Panamericana de la Salud. http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora04_mar04.htm
- 6) Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable - Dirección de Maternidad e Infancia de la Nación. 2008.
- 7) La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional,

celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Off. Rec. Wld Hlth Org.; Actes off. Org. mond. Santé, 2, 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

- 8) Constitución de la OMS. 2006. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf. Pág. 1
- 9) OPS/OMS. Plan Regional de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas. 111ª Reunión del Comité Ejecutivo. Doc. CE1111/11, Washington, DC, 1993. Organización Mundial de la Salud (DM5). Logros de la Salud Reproductiva para Todos. La función de la OMS. 1995. WHO/FHEI95. 6
- 10) OMS. Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva. Manual de capacitación para administradores y responsables de programas de salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (WHO/RHR/01.29).
- 11) OPS-OMS. Op. cit., 1995.
- 12) OMS. 2005. Op cit.
- 13) Ministerio de Salud - Dirección de Estadística e Información de Salud - Programa Nacional de Estadísticas de Salud: "Modelos de Formularios e Instructivos del Sistema de Estadísticas Vitales". Buenos Aires, Argentina, enero 2000. Definiciones y Conceptos en Información de Salud. <http://www.deis.gov.ar/definiciones.htm#1>.
- 14) OPS. Oficina Regional de la OMS: «Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud - Décima Revisión, 1992. Publicación Científica N° 554. OPS. Washington, D.C., EE.UU., 1995.
- 15) Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Op cit.
- 16) Nolzco M L. Rodríguez L Y. Morbilidad materna en gestantes adolescentes. 2006. Revista de Posgrado de la VIª Cátedra de Medicina - N° 156 - Abril. Pág. 13-18.
- 17) Nolzco M L. Rodríguez L Y. 2006. Op cit.
- 18) Dirección Nacional de Maternidad e infancia. Ministerio de Salud. 2008.
- 19) Programa Nacional de Estadísticas de Salud. 2000. Op cit.
- 20) Taylor S I, Bogdan R. 1990. "Introducción a los métodos cualitativos de investigación, la búsqueda de significados". Paidós. Bs. As.

BIBLIOGRAFÍA

DEIS – Dirección de Estadísticas e Información de Salud – Ministerio de Salud. 2009. Definiciones y Conceptos en Información de Salud. <http://www.deis.gov.ar/definiciones.htm#1>

Dirección de Maternidad e Infancia de la Nación. 2008. http://www.msal.gov.ar/htm/site/salud_sexual/downloads/guia_de_metodos_anticonceptivos.pdf

Ley Nacional 25.673 (Dec. Nac. 1.282/2003).

Ley Provincial 5.133, de Salud Sexual y Reproductiva.

CUADERNOS FHyCS-UNJu, Nro. 37:243-263, Año 2009

NOLAZCO, ML, RODRÍGUEZ, LY (2006) Morbilidad materna en gestantes adolescentes. Revista de Posgrado de la VIª Cátedra de Medicina - N° 156 – Abril. Pág. 13-18.

OMS (1995) (DM5). Logros de la Salud Reproductiva para Todos. La función de la OMS. WHO/FHEI95.

OMS (2001) Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva. Manual de capacitación para administradores y responsables de programas de salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, (WHO/RHR/01.29).

OMS (2004) Salud reproductiva. Informe de la Secretaría. 57ª Asamblea Mundial de la Salud, abril de 2004. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/wha2/es/index.html>.

OMS (2006) Constitución de la OMS. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición, octubre de 2006. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.

OMS. Citado en: Badillo D. Carrera F. Castro M. Guzmán V. Menkos J. CEPAL. 2005. "El financiamiento de la Protección Social en países pobres y desiguales". Ana Sojo Editora. ISBN. 978-92-1-323293-4. Pág. 45.

OPS. Oficina Regional de la OMS, 1995.: CIE 10ª: Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud - Décima Revisión, 1992. Publicación Científica N° 554. OPS. Washington, D.C., EE.UU.

OPS/OMS (1995) Plan Regional de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas. 111a Reunión del Comité Ejecutivo. Doc. CEI111/11, Washington, DC. Organización Mundial de la Salud (DM5). Logros de la Salud Reproductiva para Todos. La función de la OMS. WHO/FHEI95.

OPS-OMS (2004) Boletín informativo de la Organización Panamericana de la Salud. http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora04_mar04.htm.

Population Action International (2001) "Mundos diferentes: Salud y riesgos sexuales y reproductivos". <http://www.populationaction.org>.

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable - Dirección de Maternidad e Infancia de la Nación. 2008. http://www.msal.gov.ar/hm/site/salud_sexual/site/estadisticas.asp

SECYT (2007) Resumen Ejecutivo. "Estado de conocimiento y agenda de prioridades para la toma de decisiones en morbilidad materna, en Argentina". Foro de investigación de la salud www.saludinvestiga.org.ar/pdf/policy-brief/Morbimortalidad_materna.pdf. Cámara Argentina del Libro. ISBN 978-950-629-007-8

TAYLOR, SI, BOGDAN, R (1990) Introducción a los métodos cualitativos de investigación, la búsqueda de significados. Paidós. Buenos Aires.