AÑO X • NUMERO 19
INVIERNO '98 • BUENOVA*ÚtES
PRECIO DEL EJEMPLAR $ 5.-
Es' una publicación del "A
Directores: Entique Kre

ehift

„.2t-oz,A

CA,

Salud, Problema y Debate / Invierna

ei exiones sobre la mortalidad materna en la Argentina *

Cristina Giménez, Gustavo Eugeni, Silvia Jereb, María Maldonado, María Isabel López, Rita Formoso, Claudia Sirito, Ada Mores, Sonia Aiscar, María Baruch, Ricardo Babich, Luis Soler

IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

En el mundo, cada minino una mujer muere como consecuencia del embarazo; cien mujeres sufren complicaciones por el embarazo; doscientas mujeres adquieren una ETS (enfermedad de transmisión sexual) y trescientas mujeres conciben sin desearlo.

Tornamos una serie de conceptos básicos de los que destaca n i

i440-1,1,d4,,clad4UCJi.

C R..te t**izt,**44- t

- Mortalidad **materna:** es la muerte ocurrida durante el embarazo, el parto o el puerperio hasta los 42 días. No incluye las muertes incidentales o accidentales.
- **Defunción materna tardía:** es aquélla ocurrida por causas directas o indirectas producidas luego de los 42 días y hasta los 365 días del parto o aborto.
- **Defunción relacionada con el embarazo:** es la muerte ocurrida durante el embarazo, el parto o el puerperio hasta los 42 días, independientemente de la causa (no se diferencia entre causas directas o indirectas).

Entre los factores relacionados con la muerte materna señalamos: la educación, el ingreso familiar, el estado nutricional y el acceso a los servicios de atención médica.

Conclusiones del Taller de la Maestría en Administración de Sistemas y Servicios de Salud. Universidad de Buenos Aires.

Clasificamos las causas de muerte materna en:

Directas: enfermedades del embarazo. hemorragia. HTA (hipertensión arterial), infecciones secundarias al embarazo, aborto en malas condiciones, dificultades en el parto.

Indirectas: DBT (diabetes). cardiopatías, nefropatías.

Cuadro 1
Tasa de mortalidad materna por 100.000 embarazos

ALTA		**MEDIA**		**BAJA**	
Haití	460	Cuba	33	Canadá	-) –
Bolivia	390	Costa Rica	20	EUA	8
Perú	265	Chile	25		
Honduras	221	Argentina	44		
Brasil	114				

DESARROLLO

Observando la distribución de las TMM (tasa de mortalidad materna) en América puede advertirse que existen países con los siguientes TMM (cuadro 1)

Al principio trató de establecerse un criterio para las causas de esta distribución llegando a un primer acuerdo con respecto a **la** enorme amplitud **de la brecha** entre los extremos de la tabla.

meno más complejo y multicasual, se buscó la causa en fenómenos politico-culturales y se propuso la división hemisferio* Norte/Sur.

La baja TMM del hemisferio Norte fue atribuida al desarrollo socioeconómico de esos países pero se acordó en que no siempre esa variable va de accesibilidad equitativa a los servicios de salud. Esto se propuso como explicación de la gran diferencia entre Canadá y EUA.

Surgió también el interrogante de si en algunos países existiría un elevado subregistro.

Otro factor considerado de gran incidencia en la TMN1 es la legalización del aborto inducido en algunos países.

La situación socio-política y cultural de algunos países influye en este último aspecto, como así también en la distribución de los recursos del sector salud en las áreas de asistencia/promoción/gasto administrativo.

Se señala también que Chile, Cuba y Costa Rica cuentan con sistemas unificados de salud que probablemente garanticen un acceso más equitativo a las prestaciones y menos sujeto a las diferencias del poder adquisitivo de los ciudadanos.

En un punto más avanzado del análisis se pasó a considerar el concepto de desarrollo integral del individuo entendiendo no sólo al desarrollo en el aspecto económico de la capacidad de automantenerse sino también la capacidad de acceder al conocimiento a través de la educación y a una vida plena en estado de salud.

Es importante agregar a esto la impronta particular del estilo de

vida de cada país que influiría notoriamente en la situación de la mujer en la sociedad, el ejercicio pleno de sus derechos, el lugar que ocupa la prevención en el imaginario social, etc.

Se observó que evaluando las TMI (tasa de mortalidad infantil) y las TMM y su evolución histórica, las acciones focalizadas del sector salud sobre la embarazada, tienen un impacto positivo francamente superior en el niño que en la madre.

En ese sentido, la TMM es más representativa de las desigualdades sociales que la TN1I.

Argentina ostenta un lugar destacado respecto del gasto destinado al sector Salud, que no condice con las TMM relativamente ele vadas si se las compara con Costa Rica que destina el 8,5 %, o Cuba (7,9 %) y tienen TMM bastante más bajas.

Esta discrepancia sería atribuible a políticas erróneas de inversión de presupuesto, desigualdades en la distribución del ingreso y dificultades para un acceso equitativo a los servicios de salud.

Teniendo en cuenta la clasificación I.D.H. (Indice de Desarrollo Humano), la Argentina ocupa el lugar 43 en el mundo, y **esto es bastante gráfico de la ineficiencia en el gasto respecto del nivel de desarrollo alcanzado.**

La heterogeneidad que caracteriza a la Argentina en los índices por jurisdicción es el dato característico.

Al cruzar los datos de la TMI y TMM por jurisdicciones, se pone de relieve lo que anteriormente señalábamos respecto de que los programas específicamente destinados a la embarazada, impactan más sobre la salud del niño que sobre la salud materna. (Ej.: Santiago del Estero 17,1 %o TMM 103 por cien mil).

Las TMM más elevadas se encuentran en aquellas provincias que tienen un perfil demográfico deteriorado (con altas tasas de natalidad, TGF (tasa global de la fecundidad) y baja EVN (esperanza de vida al nacer)), en las que es obvio un atraso educacional, el bajo ingreso per cápita, la desnutrición y el dificil acceso a la salud.

Se hizo hincapié en el des-

PAIS	GRUPO SEGUN GASTO EN SALUD	TASA DE MORTALIDAD MATERNA (TMM)	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (TMI)	TASA DE GLOBAL DE FECUNDIDAD (TGF)	ESPERANZA DE VIDA AL NACER (EVN)	% DEL PROD. BRUTO INTERNO DESTLNADO A SALUD (PIII)
CANADA	I	9	6	1.6	78.9	11.3
EE.UU	1	8	7	9	76.7	14.1
COSTA RICA	4	20	19	3	76.8	8.5
CHILE	3	95	15	2.4	75.3	7.9
CUBA		33	7.09	1.6	76	7.9
COLOMBIA	4	35	35	9.7	70.9	7.4
URUGUAY	3	38	17	7.3	72.9	8.5
ARGENTINA	7	44	22,2	2.6	73.2	9.8
MEXICO	3	48	25,9	2.8	72.5	6.5
PANAMA	4	60	22	2.6	73.9	7.5
VENEZUELA	4	66	79	3	72.8	7.8
BRASIL	3	114	39	9.2	67.1	7.4
NICARAGUA	5	130	47	3.9	68.2	8.7
PARAGUAY	4	131	36	4.9	69.7	5.7
SALVADOR	4	140	40	3.1	69.5	6.2
ECUADOR	4	150	47	3.1	69.8	6.3
HONDURAS	5	221	37	4.3	69.8	5.3
PERU	4	265	47,9	3	68.3	4.6
BOLIVIA	5	390	68	4.4	61.5	4.3
HAITI	5	460	74	4.6	54.4	3.6
I. VIRGENES	1	341	13	2.9	75.3	
._1 CAINIAN	1	190	8	1.4	77.1	

gaste físico de las mujeres incorporadas a bajo costo al aparato reproductivo agrario y sin beneficios sociales (casi siempre en negro).

Otro dato importante vuelve a **ser el embarazo no deseado** y su consecuencia **dramatica, el aborto practicado en las peores condiciones.**

La variación en la TMM en el país en el período 1995-1996 muestra un incremento leve, con un valor estable en las defunciones fetales durante ese período. La Ciudad de Buenos Aires, por las características económicas y de accesibilidad a los servicios, garantiza atención institucional del embarazo y el parto con una red de contención capaz de disimular las diferencias mucho más que en el interior del país. **Esto a nuestro juicio le permitió mantener estable las TMN1 y defunciones fetales a pesar del empeoramiento de los índices de pobreza de los cuales no escapa.**

En la determinación de las causas de la muerte materna hay que tener en cuenta: **el subregistro, la legalidad o ilegalidad** del **aborto, las características socioculturales y el estilo de vida de los pueblos, la importancia otorgada al control del embarazo por la detección y tratamiento de las complicaciones prevenibles y la educación entre otros factores.**

El hecho de que la distribución por causas en nuestro país, sea la distribución característica de los países de desarrollo intermedio. daría cuenta del fracaso de los programas implementados en procreación respansable.

Los indicadores no son aceptables si se los relaciona con el porcentaje del PBI destinado al sector salud y con la evolución que han experimentado otros países que no hace muchos años tenían malos indicadores respecto de los que ostentaba nuestro país.

enfait--WWW2

El artículo de Anna Bosch "En manos de quién está la reproducción humana" fue publicado originalmente en la revista Ecología Política de Barcelona, España. Su director, Joan Martínez Alver autorizó su publicación en Salud, Problema y Debate.

Ecología Política.
Apartado Postal 82
Universidad Autónoma de Barcelona. Bellaterra.
08193. Barcelona. España

Respecto de las medidas a tomar hubo acuerdo de que el peso relativo del aborto inducido, pone a la cabeza de cualquier iniciativa seria, por lo menos, la implementación de programas de educación sexual desde etapas muy tempranas, impulsados por el estado nacional y la promoción de procreación responsable con asesoramiento obligatorio sobre todo tipo de anticoncepción y gratuidad de aplicación.

Esto lleva implícito una modificación del rol social de la mujer y un avance hacia el ejercicio pleno de sus derechos.

Sin embargo, una amplia mayoría opina que el problema no se ataca de fondo sin una discusión que implique consenso social y político sobre la despenalización del aborto.

Respecto de las otras causas directas e indirectas de muerte relacionadas con la gravidez, hay que destacar la importancia de la educación como único medio para tomar conciencia de los riesgos y no perder la oportunidad del control prenatal para hacer atención primaria con la mujer que se está asistiendo.

Cristina Gimétzez, Gustavo Eugetzi, Silvia Jereb, María Maldonado, María Isabel López, Rita Formoso, Claudia Sirito, Ada Mores, Sonia Aiscar, María Baruch, Ricardo Babich, Luis Soler

Sobre el Servicio nacional de Salud de Gran Bretaña

Se presentan breves extractos de la sección sobre salud de Britain 1998, an official handbook, publicado por la Oficina de Estadísticas Nacionales de Gran Bretaña. Estos extractos tienen que ver con la situación de salud y las líneas políticas en el área, a un año del triunfo electoral del Partido Laborista. El autor es Alan Langlands, Jefe del Servicio Nacional de Salud de Inglaterra.

(...)"En un día típico en Gran Bretaña en 1998, casi 700.000 personas van a visitar a su Médico de Familia, y alrededor de 130.000 personas van a visitar a su dentista. Más de 130.000 personas van a recibir atención en los consultorios externos de los hospitales, los farmacéuticos van a extender alrededor de 1.500.000 de productos en las recetas, y habrá alrededor de 2.000 partos(...)En más de 300 hospitales generales de distrito los cirujanos van a hacer alrededor de 220 reemplazos de caderas y otras operaciones de artroplastia, 750 operaciones en el corazón y 2.100 operaciones de riñón en la comunidad alrededor de 540 personas van a retibir mención domiciliaria por parte del Servicio Nacional de Salud; las enfermeras de distrito van a hacer alrededor de 100.000 visitas."(...)

(...)"Desde el 5 de junio de 1948 el S.N.S. tiene la responsabilidad de mejorar la salud de la nación y de proporcionar una atención médica integral a todas las personas en el Reino Unido, jóvenes y viejos, hombres y mujeres, ricos y pobres."(...)

(...)"El S.N.S. se fundó bajo el siguiente principio: la atención médica debe proporcionarse de acuerdo con las necesidades clínicas de la población, y no por la capacidad de la gente para pagarla. Es difícil imaginar hoy lo que debe haber sido la vida cuando no había una atención médica gratuita. Hace cincuenta años

atención médica era un lujo que no todos podían pagarse. Muchas veces los pobres carecían de atención médica."(...)

(...)"La Segunda Guerra Mundial había demostrado que un servicio de salud controlado centralizadamente podía funcionar con eficiencia. Hoy el S.N.S. tiene más de un millón de trabajadores y un presupuesto anual de 65.000 millones de dólares. Bevan (fundador del S.N.S.) previó los desafíos que lo enfrentan hoy. 'Nunca vamos a tener todo lo que necesitamos', dijo. 'Las expectativas siempre van a exceder a los recursos. El Servicio siempre debe estar cambiando, creciendo y mejorando: siempre debe parecer insuficiente'."(...)

(...)"Las campañas contra el hábito de fumar han salvado a ni/es de personas del cáncer de pulmón, la bronquitis, el enfisema, los ataques cerebrales y cardíacos. Evisten programas de tamizaje (screening) de alcance nacional para todas las mujeres entre 20 y 64 años sobre el cáncer de cuello de útero, por lo menos una vez cada cinco años; v para todas las mujeres entre 50 y 64 años sobre el cáncer de mama, cada tres años."(...)

(...)"El 94% del presupuesto del S.N.S. proviene de impuestos, ya sea del impuesto a los réditos o de las contribuciones del Seguro Nacional."(...)

(,,,)"El gobierno elegido el de mayo de 1997 ha prometido concluir con los "Mercados Internos" del S.N.S. (introducidos por el gobierno conservador de 1990.(,..) ha mtificado sin equívocos el principio de universalidad en el S.N.S.(...) el nuevo sistema va a reforzar los valores subyacentes de equidad eficiencia y capacidad de respuesta. (...)el S.N.S. ha recorrido un largo trecho en sus prime-

ros cincuenta años. existencia es el indicador de una sociedad civilizada. (...)tiene la confianza de la población en una escala que no es igualada por ningtín otro sistema público: una encuesta de 1996 halló que el 86% de la gente creía que el S.N.S. es el más importante de nuestros servicios públicos para ellos y para sus fiuni-

Traducción de Jose Carlos Escudero