

¿Qué cuenta como “salud materna”? Notas sobre los programas y los servicios de salud pública para mujeres en situación de embarazo, parto-aborto y puerperio.

Ponencia para el panel “Sexualidad y Reproducción derechos humanos, calidad, acceso y financiación”, en el marco de la 2º Consulta Regional “Los vínculos entre la Justicia Económica, Ecológica y de Género en América Latina”. DAWN. Montevideo, del 16 al 18 de Agosto de 2013.

Claudia Anzorena y Sabrina Yáñez

Resumen:

En este trabajo compartimos algunas observaciones en torno a las políticas para reducir la mortalidad materna implementadas en Argentina. Exploramos las prioridades que expresan, principalmente la salud "materno-infantil"; pero también aquello que dejan afuera, como el aborto y el control del puerperio. Al fusionar la salud materna a la infantil, las mujeres (y con ellas sus necesidades específicas, sus decisiones, sus cuerpos) quedan desdibujadas como sujetos de políticas, porque se da prioridad al feto y posteriormente a lxs recién nacidxs. Analizaremos cómo se construyen esas prioridades a partir de la relación mujeres-Estado, cómo se posicionan las políticas de “salud materna” entre la redistribución y el reconocimiento y cómo contribuyen al sostenimiento del heteropatriarcado capitalista.

Introducción

Al realizar un recorrido por las políticas de salud que atienden la maternidad, encontramos que las mujeres, en cuanto ciudadanas con derechos reconocidos, e inclusive en cuanto sujetos con necesidades e intereses específicos, quedan desdibujadas. Lo que cuenta en la “salud materna” para las políticas públicas en Mendoza, no son las mujeres, ni sus cuerpos, ni sus deseos, ni su autonomía. Lo que parece importar es el producto de la concepción, el feto y posteriormente el niño o la niña que nace, aunque más no sea desde un punto de vista sanitario. De este modo se eluden dos cuestiones que consideramos fundamentales en lo que respecta a la salud de

las mujeres y a sus derechos sexuales y reproductivos: la interrupción voluntaria del embarazo y la atención específica de las mujeres en el puerperio. En este sentido las experiencias sexuales y reproductivas, que forman un continuum en la vida de las mujeres, se han visto fragmentadas por los sistemas de salud occidentales, y ese continuum ha sido reemplazado por lo que las políticas de salud llaman “el continuo madre-hijo”, donde las prioridades y esfuerzos se dirigen al segundo término del binomio. Esto, lejos de quedar en el orden de lo simbólico, donde se fusionan las necesidades de las mujeres con las de sus hijos/as, tiene efectos concretos en las formas en que se piensan, diseñan, organizan, financian, implementan y evalúan las políticas de salud sexual y reproductiva, especialmente las dedicadas a la llamada “salud materno-infantil”.

Para analizar qué cuenta como salud materna, nos enfocaremos principalmente en el Plan Nacer Argentina, por su alcance (ha llegado a todo el territorio nacional), sus objetivos (ODM 4 y 5) y por el hecho de que se ha convertido en estandarte de las “nuevas políticas de salud” debido a su modelo de gestión (financiamiento basado en resultados). Nos parece necesario analizar esta política desde una perspectiva de género, ya que esta perspectiva parece haber estado ausente en la planificación, implementación y evaluación del plan, a pesar de estar apuntada al acceso a la salud de las mujeres. La ausencia de una planificación de género en las políticas de salud resulta un problema para el objetivo de “*emancipar a la mujer de su subordinación y llevarla a alcanzar la igualdad, la equidad y el empoderamiento*” como define Caroline Moser a este tipo de planificación (Moser, 1998: 2). Teniendo en cuenta que la Argentina, a través de los diferentes compromisos internacionales asumidos y la incorporación en su Constitución Nacional de la CEDAW (1994) se ha comprometido con la erradicación de todas las formas de discriminación contra las mujeres.

En este análisis nos proponemos determinar cuáles han sido las prioridades en "salud materna" y qué lugar ocupan los derechos de las mujeres en esas prioridades, aunque resulte una pregunta paradójica a simple vista. Además, nos hemos preguntado si el Plan Nacer constituye una instancia de reconocimiento de derechos – qué derechos y para quién - y/o de redistribución de recursos – qué tipo de recursos, a quién llegan y cómo han sido administrados¹.

¹ Las observaciones que se exponen en este trabajo surgen del análisis de documentos proporcionados por la coordinación nacional del Plan Nacer, datos encontrados en el sitio web del Plan, el sitio web del PNUD y el sitio web del Banco Mundial. Además, Sabrina Yañez ha realizado una serie de observaciones

Antes de entrar en el análisis del Plan Nacer, haremos una breve referencia al marco de protección social en que se desarrollan las políticas de salud en Argentina desde 2004, ya que nos parece necesario entender de manera integral e integrada las formas en las que el Estado se hace eco de las demandas y las necesidades de las mujeres.

La cuestión de la protección social: tensión entre redistribución y reconocimiento

A partir del año 2004, el gobierno argentino planteó la necesidad de introducir un cambio en la estrategia de políticas de protección social, entendida como el conjunto de acciones públicas – económicas, sociales, sanitarias, educativas, culturales, etc. - destinadas a la protección del conjunto de los/as ciudadanos/as (Roca, Golbert, y Lanari, 2012: 13). Este proceso de cambio operaría tanto en las políticas de reconocimiento como en las de redistribución, y en los diferentes niveles de implementación de las políticas, desde que son ideadas hasta su puesta en marcha.

En cuanto al reconocimiento de derechos, en los primeros años del kirchnerismo hubo un debilitamiento de la relación entre Iglesia Católica y Estado, que impactó fuertemente en las políticas de salud reproductiva. Desde el Ministerio de Salud de la Nación, el ministro Ginés González García (2002 – 2007) impulsó una serie de garantías en la atención humanitaria del postaborto y aborto no punible según lo establecido por el artículo 86 del Código Penal Argentino (peligro de la salud y la vida de la mujer gestante y violación). Aunque estas medidas no lograron instalarse en el sistema de salud, afectaron las relaciones del gobierno con la Iglesia Católica (Di Liscia, 2011), relaciones que se han ido recomponiendo. En el marco legislativo, a partir de 2003 y con la sanción de la Ley de Salud Sexual y Procreación responsable se dio paso a una seguidilla de avances como la Ley de Educación Sexual Integral y la Ley de Contracepción Quirúrgica (2006), la Ley Nacional N° 25.929 de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento (2004), la Ley de prevención y sanción de la trata de personas y asistencia a sus víctimas, sancionada en 2008 y modificada en 2012, la Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (2009), la Ley de matrimonio igualitario (2010) y la Ley de identidad de género para personas

en efectores sanitarios públicos y una entrevista realizada con el Coordinador del Plan Nacer en Mendoza, (concretada en 2009).

trans (2012). Desde el sistema judicial, el 13 de marzo de 2012, la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJ) emitió un fallo que aclara el artículo 86 del Código Penal Argentina. En consonancia con la Constitución Nacional y los Pactos Internacionales que Argentina ha suscripto, el fallo establece que el aborto es legal en todos los casos de violación y que el gobierno nacional y los provinciales deben tomar las medidas necesarias para garantizar el acceso (F. A. L. s/ Medida autosatisfactiva)². Estos avances, sobre todo los que tienen relación con los derechos sexuales de las mujeres y el control de sus capacidades reproductivas, encuentran grandes dificultades en su aplicación concreta.

En cuanto a las medidas de redistribución, si bien no ahondaremos en ello, desde 2004 el gobierno nacional ha venido planteando un cambio en la estrategia de las políticas sociales crítico del modelo neoliberal, que reivindica los derechos humanos, hace hincapié en el trabajo digno y en la promoción de la familia desde un Estado presente, activo y promotor³. En cuanto a la promoción de la familia, las mujeres son las principales interpeladas para atender a los sujetos que se consideran prioritarios por su situación de vulnerabilidad: los niños/as, los/as adolescentes, los jóvenes, las personas con discapacidades, los/as adultos/as mayores y los pueblos originarios. Para estos grupos se cuenta con una serie de medidas específicas - como transferencias de dinero o de acceso a servicios de salud o educación - gestionadas mayormente por mujeres.

Este objetivo de fortalecimiento y promoción de “la familia” se basa en la asociación entre mujeres = maternidad/domesticidad/cuidado y la idea de familia como una unidad donde las diferencias de género y generacionales no implican desigualdades de poder o discriminación. Entonces “las mujeres” son las elegidas como administradoras de las medidas que viabilizan los derechos de otros/as: se supone que las mujeres=madres tienen intereses que coinciden plenamente con los de sus familias. La escasa inclusión de una perspectiva de género, identifica al concepto “género” con “mujer” y a la mujer como un sujeto vulnerable (que se debe proteger de la violencia, de las violaciones, de la trata o de la muerte materna) o como madre, responsable de la reproducción y del cuidado de los/as niños/as y la vida humana frágil: que se alimenten, que asistan a la escuela, a los controles de salud, se vacunen, etc. Más por omisión que por acción, la

² Las repercusiones de este fallo y su recepción por parte de gobernadores y ministros, se presentó como una oportunidad para analizar cómo se procesan las reivindicaciones feministas en la trama del Estado en un contexto donde las políticas destinadas a las mujeres se asientan sobre un orden de género desigual (Anzorena, 2012).

³ En este sentido hay dos grandes líneas de acción dentro de las cuales hay una serie de medidas y programas: “Argentina Trabaja” y “Familia Argentina” (MDS, 2010).

política de protección social sostiene un corte heterosexista acompañado de un discurso progresista en lo social que asume a las mujeres como recursos económicos o como administradoras de recursos cuyos destinatarios/as son otras y otros, fundamentalmente sus hijos/as (pero también nietos/as; adultos/as mayores; discapacitados/as y enfermos/as de todas las edades) (Anzorena, 2013).

Explica Débora Tajer que se espera (y con grandes expectativas) que las mujeres sean “las cuidadoras de la familia y las agentes del sistema de salud en los hogares” (Tajer, 2012: 18). Estas responsabilidades que pesan sobre las mujeres, unidas al ingreso al mercado de trabajo y al debilitamiento del rol de proveedor de los varones, termina sobrecargando a las mujeres, sobre todo a las más pobres y más dependientes de los sistemas de protección social selectivos. Señala Tajer: “la supuesta mayor eficiencia de estas mujeres para el sistema está basada en la sobrecarga de las mismas, con su consiguiente aumento del desgaste. Por lo tanto, con una mayor carga de malestar y morbilidad para aquellas elegidas para mejorar los indicadores de salud de la familia” (Tajer, 2012: 19).

El Estado interviene en la vida social atendiendo los efectos de la pobreza a través de medidas de redistribución (con su marca de clase) y estableciendo derechos para grupos sociales con rasgos específicos de identidad a través de políticas de reconocimiento (sobre todo vinculadas a la diferencia de género sexual, la discapacidad, etc.). En este sentido se observan dificultades para articular las políticas de redistribución - necesarias para las mujeres por ser las mayores perjudicadas por las crisis y la pobreza - con una perspectiva de género que promueva la transformación de las relaciones de poder, la no discriminación y la autonomía para las mujeres en todos los ámbitos de aplicación de las políticas⁴. Esta escisión entre el reconocimiento de los derechos y las políticas de (re)distribución, que se basa en la división sexual del trabajo, lleva a pensar que la cuestión de género no tiene nada que ver con la cuestión económica o la protección social. Es decir hay una escisión entre el campo del reconocimiento y el campo de la redistribución, que separa a las mujeres como administradoras o gestoras de los recursos de la protección social de su condición de ciudadanas con derechos específicos en cuanto género (Fraser, 2008; Anzorena, 2013). Si bien, se ha incorporado el discurso de los derechos, tanto en la vida pública como en

⁴ De estos derechos específicos los que se posicionan con mayor claridad en el espacio público son los que hacen referencia a la salud reproductiva como cuerpo gestante y a la no violencia, sin embargo la cuestión del trabajo, del uso del tiempo y el acceso al empleo permanecen latentes como espacios donde la segregación y discriminación de género es muy marcada.

la privada, no se ha logrado una incidencia que produzca una redefinición de las políticas públicas donde se supere la escisión entre la redistribución económica y el reconocimiento de los derechos, o que supere la identificación de mujeres = madres y por tanto encargadas de la reproducción de la vida y de las tareas de cuidado.

El Plan Nacer Argentina y la “salud materna”

En septiembre del 2000, una reunión de líderes mundiales recibió el milenio con una declaración aprobada por 189 países, entre ellos la Argentina. La declaración se proponía delinear metas de desarrollo (conocidas como Objetivos del Milenio) a ser cumplidas para el 2015. Las metas serían alcanzadas a través de los esfuerzos de los países en desarrollo con la asistencia de los países desarrollados. Entre los 8 objetivos propuestos, el N° 5 se propone *Mejorar la Salud Materna*, a través de dos metas: a) reducir un 75% la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015, y b) lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva⁵. La preocupación por la salud materna surge de la consideración de que “la enorme diferencia entre el peligro que corren las mujeres embarazadas en los países en desarrollo y el riesgo que amenaza a sus contrapartes en el mundo industrializado constituye la mayor desigualdad sanitaria del mundo”⁶. Mucho se ha escrito sobre las perspectiva reduccionista que han impuesto los ODM⁷ en la agenda de desarrollo y derechos humanos; aunque no nos detendremos a describir las consecuencias de esta perspectiva, el análisis que proponemos da cuenta de las problemáticas surgidas del reduccionismo.

En relación al Objetivo de Desarrollo del Milenio N°5 (Mejorar la Salud Materna), la Argentina se ha fijado dos metas: reducir entre 1990 y 2015 en tres cuartas partes la mortalidad materna; y reducir en un 10% las desigualdades entre las provincias⁸. Como parte de los esfuerzos para alcanzar el cumplimiento del compromiso de reducción de los índices de mortalidad infantil y materna, en 2004 el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación lanzó el Plan Nacer, que funcionaría como una

⁵ Ver <http://www.un.org/es/millenniumgoals/maternal.shtml>

⁶ Ver Estado Mundial de la Infancia 2009. Salud Materna y neonatal. Unicef.

⁷ Ver Gita Sen and Avanti Mukherjee (2013)

⁸ Otros componentes del ODM 5, como la atención del parto por parte de personal calificado y la institucionalización de los partos, ya son una realidad en el país desde la década del 90 por tanto no han sido considerados como metas.

estrategia de seguro público de salud, en el marco del Plan Federal de Salud⁹. El Plan Nacer surgió como “Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial” (ARG/04/023), presentado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y financiado a través de un préstamo (7225-AR) otorgado por el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (Banco Mundial).

Tiene dos objetivos simultáneos:

1. *Mejorar las condiciones sanitarias de los pobres, especialmente las madres y niños sin seguro, deteniendo los aumentos y hasta reduciendo las tasas nacionales de mortalidad infantil y materna.*
2. *Incorporar cambios estructurales en los sistemas de salud provinciales con el propósito de mejorar la eficacia del financiamiento público y la prestación de los servicios de salud (PNUD, ARG/04/023: 2).*

El plan funcionaría como un seguro materno infantil en las provincias, destinado a atender a una población elegible, que incluiría a las mujeres embarazadas hasta la finalización del embarazo por cualquier causa y hasta 45 días posteriores a dicho evento, y a los niños y las niñas menores de 6 años, que no posean cobertura social explícita. El seguro incluye una serie de beneficios definidos por un nomenclador (seguimiento del embarazo y de la salud infantil, cobertura de vacunación, etc) a ser prestados por efectores seleccionados por las provincias. Por cada consulta y práctica médica que recibe la población elegible, el efector de salud factura a la provincia y obtiene recursos financieros para mejoras edilicias, compras de equipamiento, capacitación, etc. Cada prestador tiene la capacidad para decidir en qué invertir dichos fondos, siempre y cuando apunten a mejorar el cuidado la salud de la población.

En cuanto al financiamiento y la gestión, el funcionamiento básico del Plan Nacer implica la transferencia desde Nación (a través de la Secretaría de Programas Sanitarios del Ministerio de Salud) de recursos financieros a las Provincias, con el objeto de promover la salud materna-infantil (ver Anexos 1 y 2 para organigrama y

⁹ El 6 de enero de 2002, se sancionó la Ley 25.561 de Emergencia Pública y Reforma del Régimen Cambiario, que puso fin a la Convertibilidad. Esta ley declaraba «la emergencia pública en materia social, económica, administrativa, financiera y cambiaria» (Ley 25.561, año 2002, artículo 1º), que habilitaba al Poder Ejecutivo nacional a tomar medidas en torno al sistema financiero y económico; como también a implementar medidas de protección y contención social. Días después, Eduardo Duhalde declaró la Emergencia Alimentaria Nacional (Decreto 108/2002), la Emergencia Nacional Ocupacional (Decreto 165/2002) y la Emergencia Sanitaria Nacional (486/02). En el marco de la primera prórroga de esta última, se crea a fines de 2002 el Seguro de Salud Materno-Infantil, mediante el Decreto en Acuerdo General de Ministros N° 2.724.

diagrama de actores involucrados). Estas transferencias están ligadas al cumplimiento, por parte de las provincias, de dos condiciones: por un lado, la inclusión social (que implica la búsqueda activa y la inscripción de embarazadas y niños/as hasta los 6 años sin cobertura de obra social) determina la transferencia de 60% de los recursos y por otro lado, el cumplimiento de las metas sanitarias del Plan Nacer determina el envío del 40% restante. Es decir, que se trata de un financiamiento basado en resultados (RBF)¹⁰.

Las metas sanitarias del Plan Nacer: lo que cuenta como “salud materna”

Las metas sanitarias del Plan Nacer son las siguientes: 1) *la captación temprana de la mujer embarazada*, 2) *la efectividad de atención del parto y atención neonatal*, 3) *la efectividad de cuidado prenatal y prevención de prematuridad*, 4) *la efectividad de atención prenatal y del parto*, 5) *la auditoría de Muertes infantiles y maternas*, 6) *la cobertura de inmunizaciones*, 7) *el cuidado sexual y reproductivo*, 8) *el seguimiento de niño sano hasta 1 año*, 9) *el seguimiento de niño sano de 1 a 6 años*, y 10) *la inclusión de Comunidades Indígenas* (PNUD, 2009:6-7).

A simple vista, parece una cobertura bastante amplia e integral, pero al analizar las definiciones operativas de dichas metas sanitarias (ver anexo 3), se imponen concepciones cuantitativas y limitadas de estas metas. Por ejemplo, la meta III define la efectividad del cuidado prenatal como “infantes que pesan más de 2500 gramos”, restringiendo la comprensión de la salud a un resultado expresado por una cifra estática. También son ilustrativas las metas II y IV, que definen la efectividad del nacimiento y de los cuidados pre y neonatales en función de las condiciones físicas del/a recién nacido/a luego del parto (medidas a través del método APGAR – Apariencias, Pulso,

¹⁰ No nos detendremos en el análisis del modelo de financiamiento y gestión del Plan porque excede los propósitos de este trabajo, pero nos parece importante subrayar que el financiamiento basado en resultados en el sector de salud, se basa en la entrega de efectivo o bienes cuando se realizan acciones medibles o se alcanzan metas de desempeño predefinidas (International Health Partnership, Interagency Working Group On Results-Based Financing (RBF) Update: 1). Se está usando cada vez más dentro de programas nacionales de salud como herramienta para el fortalecimiento de los sistemas de entrega y para acelerar el cumplimiento de los Objetivos del Milenio 4 y 5. Según sus defensores, este tipo de financiamiento permite un enfoque en los productos y resultados más que en los ingresos o los procesos (Ibíd.) y es una herramienta para flexibilizar la intervención y la toma de decisiones en el nivel de los efectores de servicios. Sin embargo, algunos estudios han demostrado que hay evidencia limitada de la efectividad del RBF y que los incentivos financieros tienen el potencial de influenciar comportamientos individuales discretos en el corto plazo más que asegurar cambios sustentables (Oxman y Fretheim A, 2008, online). Además, los mecanismos de funcionamiento de los incentivos otorgados a gobiernos u organismos son variables, inciertos y difíciles de predecir (Ibíd.). Otra de las características del plan es estar cofinanciado por el Banco Mundial, que aparece “con el doble rol de posibilitar el financiamiento de una parte de la intervención social del Estado nacional y de condicionar y monitorear las formas de esa intervención” (Soldano y Andrenacci, 2006: 33). Así, la política asistencial ha pasado a ser equivalente a la racionalidad y eficacia en la disposición de recursos públicos, que apuntan a la “legitimación de las formas de intervención del Estado (Ibíd.).

Gesto, Actividad, Respiración – 5 minutos después del nacimiento) y de las vacunas recibidas por la mujer, obviando cualquier consideración sobre la calidad de la atención del parto, en donde se juegan derechos específicos regidos por legislación nacional (Ley de Parto Respetado, N° 25.929).

Otras trazadoras son demasiado generales como, por ejemplo, la meta X, que sólo contempla el número de prestadores formados para trabajar con población indígena sobre el total de prestadores que prestan servicios a esa población, pero no especifica qué tipo de servicios incluirá la provisión especial, o si se tendrán en cuenta las prácticas culturales propias de las comunidades en términos de salud. Esto también se puede apreciar claramente en la meta VII, en la que el cuidado sexual y reproductivo equivale solamente a la “provisión de información sobre servicios de anticoncepción y de salud sexual durante el puerperio”, y se trata del único indicador para puerperio. De las 10 trazadoras, solamente 3 implican la medición de servicios específicamente dirigidos a las mujeres (la I, la IV y la VII), mientras que 5 se enfocan exclusivamente en la salud de los/as bebés y niños/as. De los servicios dirigidos a mujeres, dos son sobre embarazo y uno es en el puerperio.

Teniendo en cuenta los objetivos a largo plazo del proyecto (los Objetivos del Milenio 4 y 5), las estadísticas disponibles del Ministerio de Salud, correspondientes al año 2011 (ver anexos 4 y 5), indican que las tasas de mortalidad infantil se fueron reduciendo paulatinamente desde 2002 en todas las provincias. Tomando el promedio para el país, la tasa de mortalidad infantil bajó de 16,8 x 1000 en 2002 a 11,7 en 2011, es decir que se redujo un 30,36% en nueve años. Aunque ha habido avances desde 2002, todavía falta un largo trecho para llegar a la meta de reducir un tercio la mortalidad infantil para el 2015.

En cuanto a la tasa de mortalidad materna a nivel país, un estudio reciente indica que *“ha exhibido una tendencia relativamente estable en el período 1990–2010, aunque se han observado fluctuaciones por períodos más abreviados de tiempo. Luego de experimentar una reducción significativa entre 1990 y 2000, la TMM creció durante los años 2001 y 2002 como consecuencia de la crisis económica e institucional que experimentó el país. Esta tendencia nuevamente comenzó a revertirse durante 2003, pero volvió a manifestarse un incremento en el año 2006, para luego volver a descender en los años 2007 y 2008. En 2009 se produjo un aumento importante en la TMM como reflejo de la pandemia de gripe H1N1 y en el año 2010 el indicador regresa a los parámetros observados a lo largo del período analizado (Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, 2012: 59)”*

Desde el 2002, la reducción ha sido mínima, de 4,6 x 10000 en 2002 bajó a 4,0 en 2011. Por supuesto, estos datos deben tomarse con precaución ya que las muertes maternas son frecuentemente subestimadas a causa de deficiencias en los sistemas de registro de la causa de muerte y debido también a la ilegalidad del aborto, que resulta en muertes a veces invisibles para el sistema de salud. Es decir, a ese ritmo difícilmente el país cumpla con la meta perseguida para el 2015.

La necesidad de esfuerzos para reducir la mortalidad infantil y materna es incuestionable. Sin embargo, no se pueden tomar a estas problemáticas sociales como aisladas de la cuestión social en sentido amplio. Al leer la documentación que da origen al Plan Nacer, quedan al descubierto concepciones de estos problemas que los reducen a “necesidades puntuales de carácter transitorio que no constituyen un producto de la forma de organización de la sociedad y que pueden ser resueltas con estrategias de intervención cuyo núcleo problemático esencial es la determinación de las modalidades de gerenciamiento más apropiadas” (Soldano y Andrenacci, 2006: 6).

Lo que NO cuenta como “salud materna”: aborto, puerperio, derechos durante el parto (humanización)

La ruptura del continuum de los procesos (sexuales y) reproductivos producto de la medicalización e institucionalización de los mismos desde principios del siglo XX en Argentina tiene consecuencias hasta el día de hoy, ya que se sigue considerando las distintas etapas de estos procesos (embarazo, parto/aborto, puerperio) como momentos discretos, disociados del resto de las experiencias sexuales, reproductivas, sociales, económicas, culturales de la mujer que los transita (Yañez, 2013). Mientras antaño las comadronas brindaban cuidados pre y postnatales, contención psicológica y afectiva, los médicos obstetras en los inicios de su profesión se limitaron a asistir en el momento del parto (Rich, 1986: 150-151)¹¹.

¹¹ Recién en la década de 1930 se empiezan a ver los frutos de los esfuerzos para institucionalizar los procesos reproductivos y transformarlos en asuntos de salud pública. En esta década se terminan de afianzar las ideas eugenésicas y se consolida “un cuerpo de saberes, prácticas y políticas alrededor de este vínculo entre mujer y niño: el ‘binomio madre-hijo’” (Nari, 2004: 177). Según estas ideas, la maternidad comenzaba antes de la concepción (en el deseo) y continuaba más allá del parto, en la lactancia (cordón umbilical líquido) y la crianza. Simultáneamente a este reforzamiento de la biologización de la maternidad, se afianza la coordinación de los espacios institucionales dedicados a atender los procesos reproductivos: en 1937 se crea la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, dependiente del Departamento Nacional de Higiene (Nari, 2004: 189).

Las instituciones sanitarias creadas para la atención de los procesos reproductivos se han centrado en la salud materno-infantil, que es “entendida de manera indiferenciada y cuyo principal objetivo sería la ‘protección’ de los niños” (Nari, 2004: 121). La idea del “binomio madre-hijo”, que aún hoy permea no sólo los discursos sino las políticas, revela un proceso paradójico: mientras que los/as recién nacidos/as cobraron una identidad propia en vez de fundirse en el “conglomerado que había constituido la prole de antaño”, las mujeres fueron absorbidas por su capacidad reproductora, perdiendo “status de individuo, derechos naturales, civiles y políticos” (Nari, 2004: 142).

Esta fusión que hace desaparecer a las mujeres, hace desaparecer también de las políticas públicas la consideración de dos de las más importantes causas de “mortalidad materna”: el aborto inseguro y las complicaciones en el puerperio.

En este sentido, es importante retomar el análisis de las causas de muertes maternas. Un informe reciente indica que

“12% de los fallecimientos por mortalidad materna se produce por complicaciones derivadas de la práctica de abortos en América latina y el Caribe. En Argentina, esa cifra es, exactamente, el doble: el 24,2% de las mujeres que mueren por causas relacionadas con la maternidad fallece como consecuencia de embarazos terminados en abortos. Argentina tiene el Índice de Desarrollo Humano más alto de Latinoamérica. Sin embargo, la incidencia del aborto en los fallecimientos de mujeres es mucho más alta –en el promedio de la tasa de mortalidad materna– que en el resto de la región”. (Luciana Peker, Pag 12, Record argentino)

La discusión sobre la relación entre aborto y muertes maternas tiene bastante historia en la Argentina. Organizaciones feministas que luchan por los derechos sexuales y reproductivos han hecho notar que llamar “muerte materna” a la defunción de una mujer que en realidad estaba tratando de evadir la maternidad, poniendo en riesgo su propia vida, es una contradicción que sirve a los intereses de una sociedad patriarcal que intenta invisibilizar la imposibilidad de las mujeres de decidir sobre sus propios cuerpos. Ya en 1996, en el libro “Aborto Hospitalizado, una cuestión de derechos reproductivos, un problema de salud pública”, Susana Checa y Martha Rosenberg discutían la expresión mortalidad materna y proponían usar ‘muerte de mujeres gestantes’ (Checa y Rosenberg, 1996: 34). Aunque el término no fue adoptado masivamente, actualmente es utilizado por muchos trabajos sobre el tema. Sin embargo, el proyecto del cual surge el Plan Nacer se muestra indiferente a estas especificidades que permitirían comprender mejor el fenómeno de la deficientemente llamada “muerte

materna”. Así, se pasan por alto las condiciones de riesgo en la clandestinidad en las que se realizan los abortos en Argentina, especialmente entre los sectores de menores recursos económicos, sectores a los cuales apunta este Plan.

Podría argumentarse que el PNUD ha apoyado otros proyectos que apuntan en esa dirección, tales como el proyecto titulado “Mejoramiento en la calidad de atención de mujeres en condición Post aborto”, que se llevó a cabo entre 2007 y 2008. Sin embargo, el financiamiento fue mucho menor que el del Plan Nacer y fue un esfuerzo de menor duración. Por otro lado, el actual Ministro de Salud de la Nación, Juan Manzur, dijo desconocer la guía integral de atención de los abortos no punibles que se elaboró durante la gestión de Ginés González García y que la anterior ministra Ocaña tampoco difundió (Carbajal, Julio 2009, online).

Llama la atención que si la formulación de la política que da lugar al seguro de salud “materno-infantil” indica que “incluiría a las mujeres embarazadas hasta la finalización del embarazo **por cualquier causa**” - resaltamos “**por cualquier causa**” - no se considere la atención postaborto como parte integral de la política, ni siquiera con las deficiencias que se atiende el puerperio. En este sentido el aborto no punible también queda afuera de esta política para mujeres embarazadas.

En Argentina el aborto está penado salvo dos excepciones: cuando el embarazo pone en riesgo la salud o la vida de la mujer gestante o cuando es producto de una violación (Artículo 86, Código Penal, 1922). La causal violación se presta a dos interpretaciones: una amplia según la cual el aborto estaría permitido en todos los casos de violación y una restrictiva donde éste no sería punible sólo cuando la violación hubiera sido perpetrada contra una mujer con discapacidad mental. Sin embargo la judicialización innecesaria y la negativa de los servicios de salud a realizar los abortos legales, se han dado inclusive en situaciones en que los casos se encuadraban perfectamente en las causales interpretadas de manera restrictiva¹². En marzo de 2013 la Corte Suprema de Justicia de la Nación emitió un fallo sobre aborto no punible que avala la interpretación amplia del Código Penal, es decir que el aborto es legal en todo caso violación e interpelaba a los gobiernos nacionales y provinciales a implementar las medidas necesarias para el efectivo acceso (CSJ, F. A. L. s/ 13 de marzo de 2012). Este

¹² Desde 2005, la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, una articulación nacional de organizaciones, colectivas y grupos sobre todo, aunque no exclusivamente, feministas, ha realizado, en diferentes provincias, acompañamientos en casos de negación u obstaculización a aborto permitidos por la ley. Ver: Las acciones de la Campaña ante el ANP, donde se presentan los acompañamiento de 11 pedidos en 7 localidades del país (<http://abortolegalseguroygratis.blogspot.com.ar/2009/08/foro-las-acciones-de-la-campana.html>).

fallo, lejos de saldar la discusión, fue resistido por gran parte de los gobernadores y funcionarios de las provincias y de la nación, dando lugar a declaraciones reaccionarias e inclusive misóginas.

Es decir, que si no se incluye una buena atención en los casos previstos por la ley (peligro para la salud o vida de la mujer gestante y violación), el panorama tampoco es muy esperanzador para la atención post aborto, ni hablar de la situación de clandestinidad. En este sentido podemos suponer, que desde el punto de vista de la política y de los/as hacedores/as de política, y como bien indica el nombre que eligieron para el plan “nacer”, la única opción que tiene una mujer ante un embarazo es continuarlo, sin importar si sus condiciones físicas se lo posibilitan (los abortos pueden ser espontáneos y las mujeres sufren maltratos al llegar a los efectores de salud con abortos en curso independientemente de si son provocados o no), mucho menos sus deseos o qué pasa con ellas una vez que el embarazo finalizó, reiteramos, **“por cualquier causa”**.

Una política pública que apunte a reducir las llamadas “muertes maternas”, como avalan incontables estudios realizados por diferentes organismos de incuestionable seriedad, debe tomar en cuenta las muertes debidas a embarazos no deseados, apuntando a la despenalización del aborto y a la mejora y universalidad de acceso a la educación sexual integral (derecho tan atacado por la iglesia y sectores afines) y los métodos anticonceptivos (que no han sido garantizados en los últimos tiempos).

La mortalidad materna durante el puerperio existe, y ocupó tanto como un 12,5% en la estructura de causas de las muertes maternas en el quinquenio 2004-2008 en Argentina (contando sólo sepsis y otras complicaciones del puerperio y no otras afecciones que pueden afectar el puerperio como trastornos hipertensivos, diabetes, etc). Esto, sin contar las muertes durante el “puerperio extendido”. Sin embargo, a diferencia del cuerpo de la mujer gestante, que es objeto de cuidados, programas y servicios específicos, la puérpera pierde prioridad ante el nacimiento de su hijo/a. En comparación con la calidad de los servicios para los/las recién nacidos/as, no existen servicios específicos de atención del puerperio, ni siquiera de los casos de alto riesgo.

Uno de las situaciones con las que Sabrina Yañez se ha encontrado en su investigación sobre la maternidad como experiencia y como institución, ha sido la invisibilidad de los cuerpos de las puérperas en las políticas de “salud materna” (Yañez, 2012). El concepto de “binomio madre-hijo” puede tener que ver con esta invisibilidad,

ya que mientras “madre-hijo” hace referencia a una mujer embarazada, su cuerpo es sujeto de intervenciones, de control, de atención. Una vez que el binomio hace referencia a dos cuerpos (o más, en el caso de nacimientos múltiples), el cuerpo de la puérpera pasa a un segundo plano y los servicios se enfocan principalmente en el/la recién nacido/a. Ejemplo claro en Mendoza es que gran parte de la tecnología adquirida con fondos del Plan Nacer apunta a los cuidados neonatales. En cambio, los fondos destinados para “las madres” apuntan a la creación de salas u hogares maternos, cuyo objetivo es que las madres con niños/as en neonatología puedan permanecer cerca para proporcionar leche y cuidados a sus bebés ¹³. Es decir, que están apuntadas a facilitar el trabajo del personal de neonatología y la recuperación más veloz de sus criaturas. Pero esos hogares maternos no necesariamente aprovechan la presencia de las mujeres para garantizar el seguimiento de su recuperación en el puerperio. Esta situación de desentendimiento en relación a los cuerpos de las mujeres puérperas, queda evidenciado en el hecho de que la maternidad de referencia de la provincia de Mendoza, una de las más importantes de Argentina, no cuenta con consultorio de puerperio de Alto Riesgo.

Otro ejemplo de la desvalorización del puerperio se muestra en cómo, durante la carrera de medicina en la Universidad Nacional de Cuyo (que forma a muchos de los profesionales que luego se desempeñan en el hospital mencionado anteriormente), curiosamente enfocada en atención primaria de la salud, la cátedra de Gineco-obstetricia no incluye casi formación al respecto. Una estudiante de medicina entrevistada comentó que el profesor a cargo de la cátedra obvió la temática de puerperio casi por completo y sólo les asignó un práctico para poder moverse a “cosas más interesantes”. Otra informante médica realizando la residencia en Gineco-obstetricia, comentó que durante los 4 años de la residencia, sólo dedican 2 semanas a rotar por el servicio de puerperio de la maternidad del hospital donde se desempeña.

Considerando que el Plan se llama “Nacer” y que tiene entre sus objetivos mejorar la calidad de la atención obstétrica, resulta sorprendente que no tome en cuenta los derechos a un parto respetado, que es ley en Argentina desde el 2004, y que promueve la libertad de posición y movimiento de la mujer durante todo el trabajo de parto y el respeto a la elección de la mujer de las personas que la acompañarán en el parto. Además, datos recientes indican que en Argentina hay 1 obstétrica (partera universitaria) cada 7000 habitantes, una cifra que contrasta ampliamente con las de

¹³ Dato señalado en la entrevista con el Director del Plan Nacer, 2009.

Holanda, por ejemplo, en donde hay 1 obstétrica cada 700 personas. En la actualidad, hay 3000 obstétricas en Argentina, pero el Ministerio de Salud calcula que se necesitarían “9000 mujeres que sin ser médicas conozcan el arte de saber acompañar, contener y alentar a una mujer parturienta” (Peker, 2009, online). El trabajo de campo realizado incluyó observaciones al interior de centros de salud en zonas rurales y semi-rurales, en consultorios de salud reproductiva atendidos por licenciadas en obstetricia especializadas en Salud comunitaria. El trabajo de campo ha revelado un abordaje integral y la inserción comunitaria de estas profesionales, que no sólo son idóneas para la atención de partos, sino que llevan a cabo un seguimiento integral del embarazo y del puerperio, incluso las zonas más periféricas. A futuro, el Plan Nacer podría incluir recursos para la capacitación y el apoyo de obstétricas.

Volviendo a la atención del puerperio, una de las pocas políticas de salud específicas para esta etapa son las campañas y programas de fomento de la lactancia materna, incluyendo bancos de leche. Desde mediados de los años ochenta y hasta la actualidad, la medicina y las organizaciones de promoción de la salud han trabajado en la difusión de la importancia de la lactancia materna, sumándose a los esfuerzos que las organizaciones no gubernamentales como La liga de la leche internacional (LLLI), que ya venían realizando este trabajo desde mediados de los cincuenta. ¿Por qué se transformó la lactancia materna nuevamente en un asunto de salud pública luego de años de permisos para la comercialización de fórmulas infantiles? Por un lado, las acciones y demandas de las organizaciones como LLLI fueron muy importantes ya que lograron crear redes a nivel internacional. Por otro lado, Glenda Wall relaciona este resurgimiento del interés en la lactancia con la evolución de una racionalidad neoliberal luego de la retirada del estado de bienestar y que actualmente subyace las políticas públicas de muchos estados occidentales. Esta racionalidad pone el acento en conceptos como el auto-gobierno, la auto-gestión, el control sobre el propio destino, la responsabilidad individual, las elecciones individuales y la autopromoción” (Wall, 2001: 603). Wall indica que las implicaciones de esta racionalidad neoliberal también se han visto claramente reflejadas en otros temas vinculados con las construcciones morales de maternidad, incluyendo la re-moralización del embarazo producto de la sujetificación del feto (Wall, 2001: 595).

Jules Law ha presentado un análisis de la manipulación de los resultados de estudios sobre amamantamiento y alimentación con fórmula infantil. Law nota que dicha literatura está asociada a la idea de control de riesgos, que es uno de los pilares de

las políticas de salud pública. Law advierte que las consideraciones sobre los beneficios y riesgos para la madre están prácticamente ausentes en los discursos sobre riesgo asociados a la alimentación infantil (Law, 2000: 421). Esto se debe a que es imposible pensar en términos de compensaciones (que incluyan tanto la salud de la madre como del/de la infante) ya que quienes defienden la lactancia materna consideran a las mujeres y sus hijos/as como una unidad biológica a través del concepto de “binomio madre-hijo”, fusionando así los intereses maternos e infantiles o asumiendo que una madre siempre antepondrá los intereses de sus hijos/as a los suyos propios (Law, 2000: 421). Cuando una madre osa romper el binomio, la penalización moral, social e incluso judicial no se hace esperar.

Es importante considerar el papel que juega la economía de la salud (considerada tanto en su dimensión familiar como en la política nacional) en el marco de las políticas neoliberales. En el artículo “Promoting Breastfeeding: A National Responsibility”, Edward Baer afirma que hay importantes consideraciones económicas en la promoción del amamantamiento, especialmente en países en desarrollo. Según Baer, “más enfermedad implica costos más elevados de servicios de salud curativos y tales demandas a menudo sobrecargan los sistemas de salud y los presupuestos de las familias que de por sí son insuficientes (Baer: 1981, 198)¹⁴.

Esta lógica del ahorro familiar y estatal en gastos de salud a través de la promoción de la lactancia no pasó desapercibida para algunas investigadoras feministas. La antropóloga Vanessa Maher, citada por Law, advirtió que esta lógica “ignora las condiciones cada vez peores de las mujeres y los/as niños/as en los países en desarrollo” al sugerir que las mujeres extraigan y provean más de sus cuerpos ya debilitados por la escasez de recursos (Law, 2000: 441). Así, la leche materna y la maternidad se convierten en “los vehículos simbólicos para un traslado de la carga de recursos y responsabilidades que nuevamente recaen sobre los hombros de las mujeres” (Law, 2000: 441).

Conclusiones

Las políticas que venimos analizando reproducen una contradicción que está presente en toda la intervención estatal desde que Argentina suscribió a diferentes

¹⁴ Al momento de escribir este artículo Edward Baer se desempeñaba como consultor ante el Population Council y Director Asociado del Programa de Fórmula Infantil del Centro Interreligioso de Responsabilidad Corporativa

tratados internacionales donde se compromete a garantizar los derechos de las mujeres. Por un lado se presentan vinculados al interés por mejorar la situación de las mujeres (muchas veces introduciendo componentes “de género”), pero al mismo tiempo las consideran como madres y responsables del cuidado, en el marco del proceso de la privatización del cuidado y de la delegación de la administración de los recursos escasos para la supervivencia de las mujeres, tendiendo a profundizar la división sexual del trabajo. Entonces a pesar de algunas marcas retóricas del discurso de la igualdad de oportunidades o de la equidad de género, es necesario analizar hasta qué punto terminan asfixiados en la lógica de mejorar la productividad y la rentabilidad de las mujeres, aunque más no sea en el trabajo reproductivo y doméstico (Anzorena, 2009; 2013).

Cuando las políticas se basan en cierta medida en el aprovechamiento del reparto de tareas a partir de la naturalización de la división sexual del trabajo (mujer cuidadora/varón proveedor) y no hay una intención explícita de modificar las relaciones de género, terminan profundizando el orden de género que descarga sobre las mujeres la responsabilidad de la supervivencia de las demás personas que comparten el hogar.

Estas medidas, lejos de desarticular la identificación mujer = madre = familia, pilar fundamental de las relaciones heteropatriarcales y capitalistas, la impulsan. Es decir que, si bien la política se declara cercana a la atención de los sectores en situación de mayor vulnerabilidad, sigue marcada por la división sexual del trabajo (donde el proveedor es el varón y la cuidadora la “madre”) y la consideración de “la familia” nuclear como una forma incuestionable de organización del hogar.

Finalmente, una crítica profunda desde una perspectiva atenta al género, es fundamental para pensar políticas de salud que no sean sólo asistenciales. El Plan Nacer es un claro ejemplo de las nuevas políticas, enmarcadas en los ODM, que toman como dato indiferente a la política macroeconómica y que se caracterizan por “su tendencia a la fragmentación, su incompleta comprensión de la complejidad de las tramas de la política pública, sus estrategias de descentralización, privatización y focalización perversas” (Soldano y Andrenacci, 2006: 6).

Una política de salud que no cuestione la mercantilización de la salud y las desiguales condiciones de vida en el capitalismo no podrá llegar muy lejos en el objetivo de eliminar la discriminación. Tampoco podrá hacerlo una política que encare de manera tan fragmentaria asuntos cuyas causas son múltiples y complejas. Planes como éste deberían realizar esfuerzos conjuntos que integren no solamente el acceso a la atención de la salud, si no también la educación, el acceso a la vivienda, la salud

sexual y reproductiva, la violencia de género, y todos los aspectos que garanticen un tratamiento integral de las necesidades humanas.

Una luz de esperanza se desprende del hecho de que la Argentina copatrocinó una resolución del Consejo de Derechos Humanos de la ONU, que por primera vez declaró las altas tasas de mortalidad materna como problema de derechos humanos, en junio de este año. La resolución compromete a los gobiernos a reconocer

“que la eliminación de la mortalidad y morbilidad maternas requieren la promoción y protección efectivas de los derechos humanos de las mujeres y las niñas, incluidos su derecho a la vida, a ser iguales en dignidad, a la educación, a tener libertad de buscar, recibir e impartir información, a gozar de los beneficios del avance científico, a vivir libres de discriminación y a gozar del más alto nivel posible de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva.” (Carbajal, Junio 2009, online)

Bibliografía

ANZORENA, Claudia. “¡Qué más quieren las mujeres!: el Estado frente a las demandas feministas”. Ponencia presentada en las *III Jornadas Internacionales de Problemas Latinoamericanos*, UNCuyo, noviembre de 2012.

ANZORENA, Claudia. *Mujeres en la trama del Estado. Una lectura feminista de las políticas públicas*. Mendoza: Ediunc, 2013.

BAER, Edward. “Promoting Breastfeeding: A National Responsibility” En *Studies in Family Planning*, Vol. 12, No. 4, Abril, 1981, pág. 198-206.

CARBAJAL Mariana. “El derecho a no morir por ser madre” en *Las 12 (Página 12)*,

Buenos Aires, 26 de junio de 2009 [On-line] Dirección URL:

<http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-127251-2009-06-26.html>

CARBAJAL Mariana. “Estamos mejor que hace 15 días, pero todavía no estamos bien” en *Página 12*, Buenos Aires, 27 de julio de 2009 [On-line] Dirección URL:

<http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-128906-2009-07-27.html>

CHECA Susana y Martha ROSEMBERG. *Aborto Hospitalizado: una cuestión de derechos reproductivos, un problema de Salud Pública*, Ed. El Cielo, Bs. As, 1996.

DI LISCIA, Herminia. “Vigencia Ininterrumpida de la lucha por los derechos sexuales y reproductivos.” En *Rodríguez, D. (2011). La dimensión de género en los procesos de paz y conflicto. En G. Di Marco, & C. Tabbush, Feminismos, democratización y*

democracia radical., de Graciela Di Marco y Constanza Tabbush, 161-176. Provincia de Buenos Aires: UNSAM Edita, 2011.

FRASER, Nancy. *Escala de justicia*. Barcelona: Herder, 2008.

LAW, Jules. “The Politics of Breastfeeding: Assessing Risk, Dividing Labor” En *Signs*, Vol. 25, No. 2, Invierno, 2000, pág. 407-450.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN *Estadísticas Vitales. Información Básica – 2011*, Serie 5 - Número 55, Buenos Aires, diciembre de 2012.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN *Manual para Prestadores del Plan Nacer* y sitio web del Plan Nacer www.nacer.gov.ar

MOSER, Caroline. “Planificación de género. Objetivos y obstáculos.” En *Género en el Estado. Estado en el Género*, de Eliana (editora) Largo. Santiago de Chile: Ediciones de la Mujer - Isis Internacional, 1998.

NARI, Marcela. *Políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires 1890-1940*, Buenos Aires, Editorial Biblos, 2004.

OXMAN A y FRETHEIM A. “An overview of research on the effects of results-based financing” en *Rapport fra Kunnskapssenteret*, N° 16, 2008. [On-line]. Dirección URL: <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/3219.cms?threepage=1>

PEKER, Luciana. “Record argentino” en *Las 12 (Página 12)*, 29 de mayo de 2009. [On-line]. Dirección URL: <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-4943-2009-05-29.html>

PERAZZO, Alfredo. (*Actores y Agenda en el Sistema de Salud Argentino. Implementación del Plan Nacer*, SERIE SEMINARIOS SALUD Y POLITICA PUBLICA, CEDES, 2007.

PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) Oficina de Argentina, (Página consultada en agosto de 2009). *HOJA DE DATOS BASICOS del Proyecto: ARG/04/023 “Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial”* [On-line]. Dirección URL: http://www.undp.org.ar/docs/Documentos_de_Proyectos/ARG04023.pdf

RICH, Adrienne. *Of Woman Born. Motherhood as Experience and Institution*, NY, Norton, 1986 (Primera edición: 1976).

ROCA, Emilia, Laura GOLBERT, y María Estela LANARI. *¿Piso o Sistema Integrado de Protección Social? Una mirada desde la experiencia argentina*. Buenos Aires: Secretaría de Seguridad Social. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la

Nación., 2012, [On-line]. Dirección URL:

<http://www.trabajo.gov.ar/downloads/seguridadSoc/pisoosistema.pdf>.

SEN, Gita y MUKHERJEE, Avanti. “No Empowerment without Rights, No Rights without Politics: Gender-Equality, MDGs and the post 2015 Development Agenda” en *The Power of Numbers: A Critical Review of MDG Targets for Human Development and Human Rights Working Series*, Harvard School of Public Health, 2013. [On-line].

Dirección URL:

http://harvardfbcenter.org/files/2013/06/SenMukherjee_PowerOfNumbers_2013_final.pdf

SOLDANO Daniela y Luciano ANDRENACCI. “Aproximación a las teorías de la política social desde el caso argentino”, en ANDRENACCI Luciano (compilador) *Problemas de política social en la Argentina contemporánea*, Buenos Aires, UNGS-Editorial Prometeo, 2006.

TAJER, Débora. *Género y Salud. Las políticas en acción*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2012.

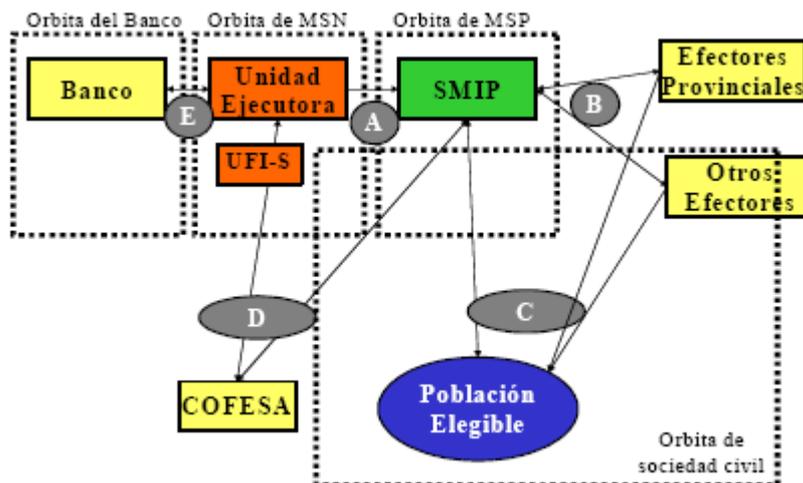
WALL, Glenda. “Moral Constructions of Motherhood in Breastfeeding Discourse” En *Gender and Society*, Vol. 15, No. 4, Agosto, 2001, 592-610.

YAÑEZ, Sabrina. “De la caza de brujas en Europa a los mandatos eugenésicos en Argentina: reflexiones sobre algunos hitos del proceso de institucionalización de la maternidad” en *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, Universidad Complutense de Madrid, N° 37, 2013, 1-17.

YAÑEZ, Sabrina. “Cuerpos maternos en la salud pública: riesgos, vulnerabilidad e intervenciones”. En: *Actas del VI Congreso Iberoamericano de Estudios de Género*, Universidad Nacional de San Juan, San Juan, 2012.

ANEXO 1

Esquema de las principales relaciones entre los actores involucrados en el Proyecto.



Tomado de: PNUD, *HOJA DE DATOS BASICOS del Proyecto: ARG/04/023 "Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial"*, página 20.

Leyenda:

MSN: Ministerio de Salud de la Nación

MSP: Ministerio de Salud Provinciañ

COFESA: Consejo Federal de Salud

UFI-S: Unidad de Financiamiento Internacional – Salud

SMIP: Seguro Materno Infantil Provincial

Anexo 2

Actores principales en la implementación del Plan

NACIÓN		PROVINCIA		EFFECTORES
ENVÍA RECURSOS A LAS PROVINCIAS	CONVENIOS (Marco jurídico)	IDENTIFICA E INSCRIBE POBLACIÓN	CONVENIOS (Marco jurídico)	BRINDAN PRESTACIONES
ESTABLECE METAS SANITARIAS Y DE INCLUSIÓN		VALORIZA EL NOMENCLADOR		REGISTRAN PRESTACIONES
SUPERVISA Y AUDITA		CONTRATA LAS PRESTACIONES		CONSOLIDAN LAS PRESTACIONES REALIZADAS
		ENVÍA RECURSOS ECONÓMICOS A SU RED PÚBLICA		UTILIZAN LOS RECURSOS ECONÓMICOS

Fuente: Perazzo, Alfredo (2007) *Actores y Agenda en el Sistema de Salud Argentino. Implementación del Plan Nacer*, SERIE SEMINARIOS SALUD Y POLITICA PUBLICA, CEDES, p. 3.

Anexo 3

Definición Operativa de Trazadoras

	Asunto sanitario que valora	Descripción de la trazadora en la Provincia	Definición operativa de la medición cuatrimestral de la trazadora
I	Captación temprana de mujeres embarazadas	Nº de mujeres embarazadas elegibles (5) con primer control prenatal antes de la semana 20 de gestación / Nº de mujeres embarazadas elegibles	Nº de mujeres embarazadas elegibles que durante el cuatrimestre reciben su primer control prenatal(1) antes de la semana 20 de gestación / Numero de recién nacidos en el cuatrimestre de madres elegibles (2)
II	Efectividad de atención del parto y atención neonatal	Nº de Recién Nacidos (RN) de madres elegibles con Apgar a los 5' mayor de 6 / Nº total de partos de madres elegibles	Nº de Recién Nacidos (RN) en el cuatrimestre de madres elegibles con Apgar a los 5' mayor de 6 / Numero de recién nacidos en el cuatrimestre de madres elegibles (2)
III	Efectividad de cuidado prenatal y prevención de prematurez	Nº de RN de madres elegibles con peso de nacimiento superior a 2500 grs / Nº de RN de madres elegibles	Nº de RN en el cuatrimestre de madres elegibles con peso de nacimiento superior o igual a 2500 grs / Numero de recién nacidos en el cuatrimestre de madres elegibles (2).
IV	Efectividad de atención prenatal y del parto.	Nº de partos de madres elegibles con VDRL en el embarazo y vacuna antitetánica previa al parto/ Nº total de partos de madres elegibles.	Nº de partos en el cuatrimestre de madres elegibles con VDRL en el embarazo y vacuna antitetánica previa al parto / Numero de recién nacidos en el cuatrimestre de madres elegibles (2)
V	Evaluación del Proceso de atención de los casos de Muertes	Nº de Evaluación del Proceso de atención de los casos de muertes maternas y de muertes de niños menores de 1 año elegibles/ Nº de muertes de madres embarazadas	Nº de Evaluación del Proceso de atención de los casos de muertes realizadas entre la fecha de muerte y el último día del cuatrimestre de las muertes maternas y de niños

	Infantiles y Maternas	elegibles y de niños elegibles menores de un año según corresponda.	menores de 1 año elegibles ocurridas en el cuatrimestre inmediato anterior / No de muertes maternas y de niños menores de 1 año elegibles ocurridas en el cuatrimestre anterior
VI	Cobertura de Inmunizaciones	Nº de niños menores de 18 meses elegibles con vacuna antisarampionosa o triple viral administrada/ Nº de niños menores de 18 meses elegibles.	Nº de niños elegibles que cumplen 18 meses durante el cuatrimestre que han recibido la vacuna antisarampionosa o triple viral según programa. / Numero de niños elegibles que cumplen 18 meses durante el cuatrimestre (2)
VII	Cuidado Sexual y Reproductivo	Nº de púerperas elegibles que recibieron consulta de conserjería en salud sexual y reproductiva dentro de los 45 días post-parto/ Nº de púerperas elegibles.	Nº de púerperas elegibles que recibieron en el cuatrimestre al menos una consulta de conserjería en salud sexual y reproductiva dentro de los 45 días post-parto / Numero de recién nacidos en el cuatrimestre de madres elegibles (2)
VIII	Seguimiento de niño sano hasta 1 año	Nº de niños menores de 1 año elegibles con cronograma completo de controles y percentilos de peso, talla y perímetro cefálico/ Nº de niños menores de 1 año elegibles	Nº de niños elegibles que al último día del cuatrimestre evaluado cuentan con menos de 12 meses y que poseen cronograma completo de controles y percentilos de talla, peso y perímetro cefálico desde el inicio del cuatrimestre en cuestión / Nº total provincial de niños elegibles con menos de 12 meses (2)
IX	Seguimiento de niño sano de 1 a 6 años	Nº de niños entre 1 y 6 años elegibles con cronograma completo de controles y percentilos de peso y talla / Nº de niños entre 1 y 6 años elegibles	Nº de niños elegibles que al último día del cuatrimestre evaluado cuentan con 12 meses o más y menos de 72 meses y que poseen cronograma completo de controles y percentilos de talla y peso que le correspondiere según su edad durante el último año contado desde el último día del cuatrimestre evaluado, sin computarse los controles que le pudieren corresponder durante el primer año de vida / Nº total provincial de niños elegibles de 12 meses o más y menos de 72 meses (2)
X	Inclusión de la población Indígena	Nº de prestadores que prestan servicios a la población indígena elegible, con personal capacitado en el cuidado específico de dicha población/ Nº de prestadores que prestan servicios a la población indígena elegible	Nº de prestadores que prestan servicios a la población indígena elegible, con al menos un personal capacitado en el cuidado específico de dicha población/ Nº total de prestadores participantes en la provincia

Fuente: Perazzo, Alfredo (2007) *Actores y Agenda en el Sistema de Salud Argentino. Implementación del Plan Nacer*, SERIE SEMINARIOS SALUD Y POLITICA PUBLICA, CEDES, p. 5-6.

Anexo 4

Tasa de mortalidad infantil (2002-2011)

TABLA 32: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR JURISDICCION DE RESIDENCIA DE LA MADRE.
REPUBLICA ARGENTINA - AÑOS 1980 A 2010 (Continuación)

JURISDICCION DE RESIDENCIA DE LA MADRE	AÑOS									
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
REPUBLICA ARGENTINA	18,8	18,6	14,4	13,3	12,9	13,3	12,6	12,1	11,9	11,7
Ciudad. Aut. de Buenos Aires	10,0	10,3	8,7	8,0	8,3	8,4	7,7	8,5	7,0	8,8
Buenos Aires	15,8	16,3	13,0	13,0	12,5	13,6	12,4	12,5	12,0	11,8
Catamarca	20,6	20,1	21,8	16,8	15,4	14,9	15,3	14,5	15,4	14,0
Cordoba	14,8	14,3	12,7	11,9	11,6	12,7	12,1	10,7	11,1	10,8
Corrientes	23,8	21,1	19,3	18,2	17,5	15,6	17,1	15,3	16,8	15,7
Chaco	26,7	27,7	21,3	19,9	18,9	21,2	18,0	17,8	14,7	11,4
Chubut	17,8	15,1	11,8	11,7	11,5	11,0	10,4	9,4	9,8	10,2
Entre Rios	16,5	17,2	15,5	13,2	12,6	11,9	13,5	11,8	11,6	11,0
Formosa	25,5	25,0	25,1	22,9	24,2	22,9	19,2	20,5	17,8	21,2
Jujuy	20,6	19,2	17,8	16,1	17,0	15,2	14,0	11,5	13,4	12,9
La Pampa	13,1	12,7	14,6	11,4	10,0	11,8	14,9	13,7	7,0	10,4
La Rioja	20,8	17,3	18,2	13,8	14,1	12,9	15,0	14,6	12,6	16,5
Mendoza	12,3	11,1	13,5	11,3	11,9	11,3	10,8	9,9	11,7	9,7
Misiones	22,3	20,2	16,6	14,6	17,1	14,6	13,9	13,0	13,2	13,7
Neuquén	11,7	10,8	11,1	9,9	9,8	9,6	7,4	7,6	9,2	7,5
Río Negro	14,8	15,9	14,1	9,4	9,3	9,8	11,7	8,8	9,4	9,6
Salta	18,9	16,9	15,4	14,3	14,9	15,4	14,4	14,0	12,8	14,0
San Juan	20,2	19,6	16,4	16,7	14,0	13,2	14,4	11,0	11,0	9,9
San Luis	16,5	17,4	15,2	16,0	12,8	15,7	13,1	12,9	10,7	12,3
Santa Cruz	17,2	15,5	11,9	11,0	15,4	12,9	10,6	10,3	9,7	9,7
Santa Fe	14,0	13,9	12,0	12,4	11,0	11,6	11,5	11,1	10,3	10,8
Santiago del Estero	12,4	14,2	13,8	11,7	12,1	13,8	10,4	12,1	14,0	11,7
Tucumán	24,3	23,0	20,5	16,2	13,5	12,9	13,8	13,1	14,1	14,1
Tierra del Fuego	9,1	8,4	4,1	6,7	10,9	10,2	6,8	4,6	9,9	7,1

NOTA:

En algunas jurisdicciones se observan variaciones en las tasas de mortalidad infantil no esperables en función de la tendencia histórica.

Fuente: Tomado de: MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN *Estadísticas Vitales. Información Básica – 2011*, Serie 5 - Número 55, Buenos Aires, diciembre de 2012, página 80.

Anexo 5

Tasa de mortalidad materna (2002-2011)

TABLA 41: TASA DE MORTALIDAD MATERNA POR 10.000 NACIDOS VIVOS SEGUN JURISDICCION DE RESIDENCIA DE LAS FALLECIDAS, POR AÑO DE REGISTRO. - REPUBLICA ARGENTINA - AÑOS 1990 A 2011

JURISDICCION DE RESIDENCIA	AÑO									
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
REPUBLICA ARGENTINA	4,8	4,4	4,0	3,9	4,8	4,4	4,0	6,6	4,4	4,0
Clud. Aut. de Buenos Aires	1,4	1,2	2,0	0,7	1,8	3,3	0,9	1,8	0,9	1,3
Buenos Aires	3,2	2,6	2,8	2,7	3,8	3,7	3,2	4,0	4,4	3,2
Catamarca	6,2	2,6	-	6,9	4,4	7,2	4,2	16,0	1,5	7,6
Córdoba	2,9	1,4	2,6	2,5	2,8	1,5	3,4	7,2	4,8	1,9
Comrientes	7,2	7,6	10,4	9,6	4,8	4,7	6,0	4,9	5,9	5,3
Chaco	7,8	8,1	7,0	5,2	12,8	6,3	8,2	9,7	7,5	8,6
Chubut	1,3	8,6	1,2	2,3	6,7	2,2	5,1	4,0	3,0	5,1
Entre Rios	1,8	6,3	2,6	4,1	6,6	3,3	4,2	9,0	3,1	5,4
Formosa	16,6	13,5	11,1	16,4	10,7	13,3	11,5	16,0	16,2	12,3
Jujuy	10,9	15,5	13,1	8,5	16,5	4,8	10,0	8,3	3,7	11,5
La Pampa	5,7	5,2	-	1,8	3,7	11,2	7,3	3,6	7,2	7,4
La Rioja	11,1	16,9	13,6	15,0	9,6	13,0	4,6	8,0	11,4	6,3
Mendoza	7,2	3,8	3,9	4,8	3,4	3,9	2,6	2,6	4,4	4,7
Misiones	4,6	6,2	6,7	6,8	12,5	8,3	7,6	9,3	8,1	8,7
Neuquén	-	5,1	3,9	5,8	1,8	5,4	2,6	5,2	3,3	2,7
Río Negro	4,5	1,9	2,8	1,8	1,8	3,6	2,5	1,7	0,8	1,7
Salta	6,9	6,9	4,4	5,7	4,0	7,3	6,1	8,4	5,8	3,9
San Juan	6,1	4,9	4,7	3,5	6,4	7,0	0,7	6,2	4,2	4,2
San Luis	8,4	8,2	4,6	2,5	7,1	4,8	2,4	9,8	3,8	3,9
Santa Cruz	2,4	11,1	-	2,0	3,9	1,9	1,8	5,2	3,3	-
Santa Fe	4,9	3,5	3,6	3,1	4,0	3,2	3,3	7,1	2,6	3,0
Santiago del Estero	6,8	5,5	7,3	5,7	4,1	4,2	7,9	5,8	1,7	5,5
Tucumán	5,3	7,3	4,7	3,5	6,8	6,6	4,1	3,9	3,0	3,7
Tierra del Fuego	-	4,4	4,6	8,4	-	-	3,8	3,8	-	11,8

(-) No se registraron muertes maternas.

Fuente: Tomado de: MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN *Estadísticas Vitales. Información Básica – 2011*, Serie 5 - Número 55, Buenos Aires, diciembre de 2012, página 92.