



observatorio de la  
(MATERNIDAD)



# boletín de la maternidad

CONTENIDOS | OCTUBRE DE 2007

## ¿QUÉ ES EL OBSERVATORIO DE LA MATERNIDAD?

La Fundación Observatorio de la Maternidad es un centro de estudios sin fines de lucro, cuya misión es promover el valor social de la maternidad.

Para ello, se incentiva la generación de información y conocimiento especializado y actual, que integre los aspectos sociales, laborales, educativos y de salud y contribuya a iluminar la realidad y los problemas relacionados con el fenómeno de la maternidad. El objetivo es aportar soluciones creativas y de implementación factible, a fin de mejorar la calidad de las políticas públicas y privadas dirigidas a las madres, sus hijos y sus familias.

## BOLETÍN DE LA MATERNIDAD

Es una gacetilla informativa que tiene como principal objetivo divulgar, socializar y analizar novedades, opiniones, problemas, estudios e iniciativas vinculadas a la maternidad, elaboradas por el Observatorio de la Maternidad o por otros actores nacionales e internacionales.

Cada número del Boletín –de difusión cuatrimestral– incluye una columna de opinión, una entrevista a profesionales o especialistas, una sección de tendencias que abarca las novedades sobre maternidad, y una nota sobre políticas y programas públicos o privados a favor de la madre, sus hijos y su familia.

## EQUIPO DE TRABAJO

### Coordinación editorial y redacción:

Lic. Carina Lupica, Lic. Gisell Cogliandro y Lic. Eugenia Sconfienza

Diseño gráfico: PROYECTO OTL → DISEÑO

Fotografías: Photocase.com

ISSN: 1851-3395

[www.o-maternidad.org.ar](http://www.o-maternidad.org.ar)

## n° I

### columna de opinión escenario local

## las brechas sociales de la maternidad en la argentina

PÁGINA 2

POR CARINA LUPICA Y GISELL COGLIANDRO

### profesionales y maternidad maternidad sardá: un lugar donde las familias son protagonistas

PÁGINA 4

EL DR. LARGUÍA, JEFE DE NEONATOLOGÍA DE LA MATERNIDAD SARDÁ, NOS CUENTA EN QUÉ CONSISTE EL MODELO DE MATERNIDAD CENTRADO EN LA FAMILIA (MCF) Y DE QUÉ MANERA CONTRIBUYE A QUE LAS MADRES PUEDAN VIVIR LA MATERNIDAD DE FORMA SALUDABLE Y COMO UNA EXPERIENCIA GRATA PARA RECORDAR

### tendencias los objetivos de desarrollo del milenio

PÁGINA 8

EL COMPROMISO DE LA COMUNIDAD INTERNACIONAL CON LA SALUD DE LAS MADRES

### políticas y programas los programas a favor de la madre y el niño en el presupuesto nacional 2007

PÁGINA 10

# escenario local

# las brechas sociales de la maternidad en la argentina<sup>1</sup>

por Carina Lupica y Gisell Cogliandro

La maternidad es un fenómeno vital y superador, ya que permite la generación de vida y el desarrollo de la persona. Su importancia como objeto de estudio reside principalmente en que trasciende la vida de la mujer-madre, sus hijos y su familia, y tiene la capacidad de incidir y transformar a la sociedad en que tiene origen.

De este modo, la maternidad se constituye en un fenómeno complejo, social y cultural que supera el hecho biológico e integra una diversidad de aspectos del ámbito privado y público de una persona. Por un lado, desde el ámbito privado la maternidad involucra a la mujer en todas sus dimensiones: física, emocional, psíquica, afectiva y social. Por otro lado, abarca las condiciones sociales, culturales –imaginario colectivo–, económicas y políticas que configuran y determinan la función materna en una sociedad. El acto mismo de la concepción implica una relación intersubjetiva originada en la intimidad corporal de la cual se desprende un nuevo miembro-ciudadano que formará parte activa de una comunidad (Tubert Silvia, 1996, “Feminismo”).

Por tanto, el estudio de la maternidad requiere de un abordaje integral e interdisciplinario, que comprenda las perspectivas demográficas, históricas, culturales, sociales, educativas y laborales, entre otras, no solo de las mujeres-madres y sus familias, sino de la sociedad en que están insertas.

## Censo de población

De acuerdo con el último dato del Censo de Población –año 2001–, en la Argentina viven 36.260.130 personas; 18.601.058 –51,3%– son mujeres, de las cuales 9.636.074 –51,8%– son madres. El 60% de las madres, aquellas mujeres que tienen al menos un hijo nacido vivo,

tienen entre 14 y 49 años de edad, es decir que 5.608.940 madres están en lo que se considera edad fértil.

Dicho grupo se expande anualmente con la incorporación de madres primerizas: aquellas mujeres que tienen hijos por primera vez. Según el último dato disponible correspondiente a las Estadísticas Vitales del año 2005, en la Argentina nacieron vivos 712.220 niños, de los cuales 273.549 son niños nacidos en orden número 1, por lo cual se deduce que tienen madres primerizas. Estas no necesariamente son mujeres que tienen entre 14 y 49 años de edad, ya que sus edades abarcan un rango superior al considerado como edad fértil. Constituyen el grupo de madres recientes: aquellas mujeres que se incorporaron el último año al universo de madres y que acrecientan su volumen.

## La situación de las madres de los principales aglomerados urbanos<sup>2</sup>

En una sociedad como la Argentina, caracterizada por la presencia de altos niveles de desigualdad de ingresos y de oportunidades entre sus ciudadanos, la vivencia de la maternidad reproduce el esquema de brechas sociales. De tal forma, se conforma una realidad disímil entre las mujeres de situación social vulnerable respecto de las de sectores medios y altos.

La existencia de desigualdades entre las mujeres al momento de ser madres limita el desarrollo de una maternidad saludable. Esto es así porque –en particular– la situación socioeconómica y el nivel educativo de las madres inciden sobre aspectos clave como la edad en la que una mujer concibe un hijo por primera vez, la cantidad de hijos que procrea, las características sanitarias y de atención médica que poseen, y su inserción y

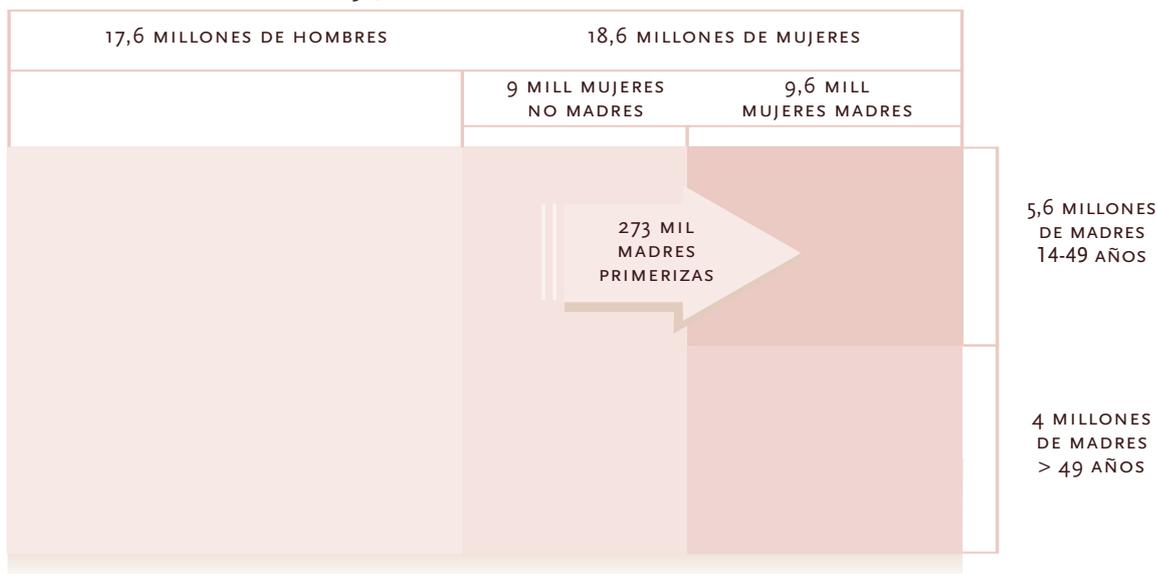
desarrollo en el mercado laboral.

En este país se observa que es significativa la cantidad de madres que viven en situación de pobreza, lo que limita y condiciona el desarrollo de una maternidad saludable. En tal sentido, el 36,6% de las madres es pobre, e incluso el 12,9% es indigente. A su vez, el bajo nivel educativo de las madres acentúa la situación de vulnerabilidad, ya que el 6,5% de ellas no pudo completar sus estudios primarios, y el 51,4% no logró completar los 12 años de estudios que se consideran mínimos para acceder a un trabajo con ciertos beneficios para mejorar el bienestar familiar.

La combinación de esos dos indicadores –pobreza y bajo nivel educativo– establece la conformación de un grupo de madres en situación de mayor vulnerabilidad, cuya condición es significativamente desfavorable respecto de las madres de sectores medios y con mayor educación. En este sentido, alrededor del 80% de las madres pobres tiene un bajo nivel educativo –hasta secundario incompleto–, mientras que el 40,3% de las madres no pobres completó sus estudios universitarios.

A su vez, estas brechas tienen incidencia directa en la existencia de desigualdades demográficas de la maternidad. Basta mencionar que las madres con menor nivel educativo –primario incompleto– tienen su primer hijo 6 años antes que las madres que completaron sus estudios universitarios: 21,1 y 27,5 años respectivamente. Asimismo, las madres indigentes o con muy bajo nivel educativo –hasta primario incompleto– tienen en promedio 3,7 hijos, es decir, casi dos hijos más que las madres no pobres –1,6 hijos– y las que lograron completar sus estudios universitarios –2 hijos–. Así, se concluye que las madres pobres y con bajo nivel

36,2 MILLONES DE PERSONAS



## las madres en la argentina

Fuente: Lupica C. y Cogliandro G.: "Las brechas sociales de la maternidad en la Argentina", Anuario de la Maternidad, Observatorio de la Maternidad. Buenos Aires, septiembre 2007. Sobre la base del Censo 2001-INDEC y Estadísticas Vitales N°49, Año 2005 -Ministerio de Salud -.

educativo tienen mayor cantidad de hijos y a edades más tempranas.

### La salud de las madres

Otra de las brechas analizadas es la referida al estado de salud de las madres, al cual se caracterizó por las desigualdades en las tasas de mortalidad materna (TMM) e infantil (TMI) y las diferencias en la atención de salud que reciben. Las tres variables están íntimamente vinculadas a la situación socioeconómica y cultural de la mujer-madre y del hogar en el que vive. A mayor nivel de pobreza, mayor riesgo de mortalidad materna e infantil. Cabe mencionar, como ejemplo, que las regiones más pobres del país presentan tasas de mortalidad materna muy elevadas que prácticamente triplican o cuadruplican el promedio del nivel nacional. Las mayores brechas se producen en las provincias de Formosa -TMM 16,4 por cada 10.000 nacidos vivos-, La Rioja -15- y Corrientes -9,6- por una parte, en contraste con la Ciudad de Buenos Aires -0,7-, La Pampa -1,8- y Río Negro -1,8- por otra parte, de acuerdo con las Estadísticas Vitales 2005 del Ministerio de Salud.

Como es sabido, la cantidad y calidad de controles durante el embarazo de la mujer se constituyen en factores clave para evitar muchas de las muertes maternas e infantiles. Así, se pudo constatar que el 90,7% de las madres indigentes y el 88% de las madres pobres no tiene cobertura de salud -obra social o prepaga-, valor que desciende al 26,4% en el caso de las madres no pobres.

Muchas veces, la saturación de la oferta del sistema público de salud sumado a las distancias y los costos de traslado de las madres a los centros de atención actúan como factores que desalientan la realiza-

ción de los controles necesarios durante el embarazo, provocando mayores riesgos de partos complicados o muertes maternas e infantiles. Esta situación es mucho más probable entre las madres pobres que entre las no pobres.

### Madres que trabajan

La participación en el mercado de trabajo también muestra la configuración de brechas de la maternidad. Aunque las madres con mayor nivel educativo se encuentran más ocupadas que las que tienen menos educación -84% y 49,9% respectivamente-, también se comprueba que las madres en situación de indigencia son el principal sostén del hogar. Ellas aportan hasta el 65% del ingreso total del hogar, aunque sus remuneraciones representan solo el 20% del ingreso de las madres de sectores medios y altos.

Además, la mayor inserción de las mujeres-madres en el mundo del trabajo puso de manifiesto el problema de conciliar la vida familiar y laboral que se plantea a todas aquellas que trabajan. A pesar de las desigualdades y brechas laborales existentes entre las madres de los sectores vulnerables y de los sectores medios, en ambos casos necesitan de ayuda para el cuidado de los niños mientras trabajan fuera del hogar. Con todo, estas situaciones se resuelven de manera diferente según se trate de mujeres que pertenecen a hogares de distintos estratos sociales: los niños de sectores sociales medios o altos tienen mayores probabilidades de asistir desde edades más tempranas a jardines maternos privados, mientras que las madres más pobres deben conformarse con arreglos familiares o comunales para el cuidado de sus hijos. De esta manera, se configura un grupo de madres de alto riesgo y cuya atención es

prioritaria. Son las madres en situación de indigencia, ya que en ellas se combinan la vulnerabilidad de la pobreza y el déficit educativo, lo que condiciona su experiencia como madres en el presente y el posible desarrollo de sus hijos en el futuro.

### Desafíos pendientes

Se pueden mencionar al menos tres desafíos pendientes de la maternidad en la Argentina: asegurar las condiciones mínimas que permitan a las madres vivir una maternidad saludable y compatible con el desarrollo personal y profesional; reducir las brechas socioeconómicas y educativas de la maternidad ya que afectan la realidad de las mujeres-madres en el presente, a la vez que reproducen las inequidades en las generaciones venideras; y, por último, diseñar y gestionar políticas y herramientas en el ámbito público y privado que incorporen la nueva estructura y dinámica de la familia, en especial el exigente rol de la mujer trabajadora y madre.

Reconocer el valor social de la maternidad significa garantizar el derecho a una maternidad saludable y gratificante. Esto beneficia a la mujer en el presente, a la vez que mejora las condiciones de vida de sus hijos. De esta forma, reducir las brechas de la maternidad en la Argentina permitirá la construcción en el futuro de una sociedad más justa e inclusiva para todos sus ciudadanos.

### NOTAS

1. LUPICA C. y COGLIANDRO G.: "Las brechas sociales de la maternidad en la Argentina", Anuario de la Maternidad, Observatorio de la Maternidad, septiembre 2007.
2. Los datos socioeconómicos de las madres se elaboraron sobre la base del procesamiento de datos de la Encuesta Permanente de Hogares, INDEC. Segundo semestre 2005.



# entrevista al dr. miguel larguía\* maternidad sardá: un lugar donde las familias son protagonistas

por Carina Lupica y Gisell Cogliandro

EL DR. MIGUEL LARGUÍA RECORRE LOS PASILLOS DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL RAMÓN SARDÁ, DONDE ES JEFE DE LA DIVISIÓN NEONATOLOGÍA, COMO SI CAMINARA POR EL INTERIOR DE SU PROPIA CASA. TIENE UNA MIRADA PROFUNDA Y SUS PALABRAS SON PRECISAS Y PAUSADAS. SE DETIENE ANTE CADA FAMILIA Y SALUDA CON CALIDEZ, MIENTRAS NOS INVITA –ENTUSIASMADO Y ORGULLOSO– A RECORRER LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE NEONATOLOGÍA. DESDE EL PASILLO, LARGO Y BULLICIOSO, SE PUEDE VER EN UNA HABITACIÓN A UNA MUJER JUGAR CON UNA NENA DE TRES AÑOS, APROXIMADAMENTE. INTERACTÚAN CON MUÑECAS Y TAMBIÉN CON JERINGAS, INCUBADORAS Y SONDAS. “HOY ES DÍA DE VISITA DE HERMANOS”, EXPLICA LARGUÍA. POR ESO, MEDIANTE EL JUEGO DRAMÁTICO, LAS PSICÓLOGAS DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL TRABAJAN CON ESTOS NIÑOS PARA FAMILIARIZARLOS CON LO QUE VERÁN EN LA TERAPIA, AL CONOCER A SUS HERMANITOS.

SON LAS DIEZ DE LA MAÑANA Y LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATOLÓGICOS ESTÁ LLENA DE FAMILIAS QUE ACARICIAN, ABRAZAN Y HABLAN CON SUS HIJOS. LA MAYORÍA DE LOS RECIÉN NACIDOS PESA MENOS DE UN KILOGRAMO Y MEDIO Y TODOS ESTÁN EN INCUBADORAS. MUCHAS MADRES SON MUY JOVENECITAS Y ALGUNAS VIVEN EN LA MATERNIDAD SARDÁ DESDE QUE NACEN SUS HIJOS HASTA QUE PUEDEN REGRESAR CON ELLOS A SUS HOGARES. ESTÁN ACOMPAÑADAS POR EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS DE PROFESIONALES Y VOLUNTARIOS. “LAS MUJERES CON GUARDAPOLVOS ROSAS –DAMAS ROSADAS– TRABAJAN VOLUNTARIAMENTE EN LA MATERNIDAD, NO PODRÍAMOS HACER NADA DE ESTO SIN ELAS”, ENFATIZA LARGUÍA.

### ¿Cuáles son las principales características sociales y sanitarias de las madres que se atienden aquí?

En la Sardá se atienden alrededor de 7.200 partos anuales. La mayoría de las madres provienen de familias de bajos recursos. Son núcleos familiares fragmentados, cuyos miembros están desempleados o subempleados. Incluso, muchas de estas mujeres conviven en entornos en los cuales los problemas de alcoholismo, drogadependencia, violencia familiar y embarazos precoces son frecuentes. El mapa nutricional de las madres que atendemos también constituye una complicación adicional: un 10% de ellas tiene problemas de desnutrición, mientras que otro 20% tiene problemas de sobrepeso. Por otra parte, dado que no existe un área programática geográfica, el 60% de las madres proviene del Gran Buenos Aires y del conurbano bonaerense, especialmente de la zona sur. Viajan en promedio entre dos y tres horas desde sus hogares para ser atendidas. Esto implica un costo elevado de transporte en función de la situación económica de sus familias y la necesidad de realizar arreglos comunales o con los miembros del hogar para el cuidado de otros hermanitos pequeños.

### Transcurridos cinco años de la crisis de 2002, ¿hubo cambios en las necesidades y problemas de las madres que se atienden en la Sardá?

La crisis en la Maternidad Sardá nunca dejó de existir: las madres que atendemos fueron y siguen siendo pobres. La crisis del año 2002 hizo visible lo que ya existía en la Sardá. Para nosotros no hubo un antes ni un después. El único cambio fue que en ese tiempo se incrementó la atención de madres de clase media, porque el jefe de hogar se había quedado sin trabajo y sin cobertura de salud. Entonces, estas familias también necesitaron recurrir a los hospitales públicos.

### Según lo observado en la Sardá, ¿existen diferencias entre las madres en situación de pobreza y las madres de sectores económicos medios?

La principal diferencia reside en que las mujeres de sectores medios eligen el momento de su maternidad y la cantidad de hijos que quieren tener, ya que cuentan con un mayor nivel educativo y mejores condiciones socioeconómicas. Por lo general, son madres a edad más avanzada. Por el contrario, las madres de bajos recursos tienen menores posibilidades de decidir el momento de su maternidad. Sus embarazos son aceptados, aunque en muchos casos inicialmente no hayan sido programados, y son madres a edades más tempranas. El promedio de edad de las madres que atendemos en la Sardá es de 20 años, aunque también se asisten a muchas madres adolescentes (menores de 18 años).

Por otra parte, pienso que no existen diferencias importantes con respecto a la experiencia de la maternidad. En especial con

respecto a lo que implica el vínculo temprano entre la madre y el bebé, el apego y la lactancia. Las madres de menores recursos suelen tener con respecto al tema lactancia menos prejuicios y vergüenza que las madres de sectores medios de amamantar a sus hijos en cualquier lugar. Incluso, a pesar de que muchas de ellas conviven en entornos familiares de violencia o adicciones, no se observan en el seguimiento casos de abandono o de falta de crecimiento del niño por privación materna.

Tampoco varía la incidencia de prematuridad entre ambos grupos. La madre de un bebé prematuro que se atiende en la Sardá experimenta el mismo estrés que la madre que se atiende en una clínica privada. Sin embargo, en muchos casos, son capaces de responder mejor al estímulo negativo en tanto están más acostumbradas a convivir con la adversidad (resiliencia). Además, en el marco de la Maternidad Centrada en la Familia, la Sardá cuenta con una residencia para las madres en el hospital. De esta manera, no se interfiere en el vínculo de apego y puede fomentarse el contacto piel a piel, que es un factor clave para la recuperación y sobrevivencia de un prematuro. Sacar a los bebés prematuros de las incubadoras y ponerlos piel a piel con sus madres y sus padres el mayor tiempo que sea posible durante la internación, es uno de los grandes avances. La madre es la incubadora perfecta. El contacto piel a piel ayuda a regular la temperatura de su hijo y estimula un mayor volumen de extracción de leche materna, humaniza la atención neonatal y la madre recupera su protagonismo y autoestima. El 90% de las madres de bebés prematuros menores de 1.500 gramos al nacer, regresa a su casa alimentando a pecho a pesar del prolongado tiempo de internación.

“Los dueños de casa de las maternidades ya no somos más los agentes de salud, sino las madres y sus hijos en el contexto de su grupo familiar”.

### ¿Puede decirse que las condiciones socioeconómicas de las madres no inciden en la ocurrencia de nacimientos prematuros?

La incidencia de partos prematuros en la Argentina no se ha modificado, pero es un tema que aún no tiene solución a nivel mundial. En la Sardá atendemos muchos casos de bebés prematuros, porque somos una maternidad de alta complejidad y recibimos derivaciones de otros hospitales. Un bebé prematuro no es lo mismo que un bebé que nació



con bajo peso. El primero es aquel que nace pretérmino, es decir, antes de las 37 semanas de gestación. Los problemas de este bebé se centran en la dificultad para adaptarse al medio extrauterino por su inmadurez y su bajo peso. Existen distintos factores que causan el nacimiento prematuro. Puede asociarse a ruptura de las membranas. Otra causa puede ser la interrupción electiva antes del término de la gestación por parte del médico, cuando existe compromiso de vida o riesgo para madre y/o hijo (hipertensión materna severa, restricción del crecimiento fetal, etc.). Por último, están los factores idiopáticos, cuyas causas no se conocen con certeza, pero existen altas probabilidades de estar vinculadas a estrés o a factores genéticos. Estos temas son objeto de investigación en la actualidad.

#### **¿En qué consiste el modelo de Maternidad Centrada en las Familias (MCF) que desarrollan en la Sardá?**

Las mujeres embarazadas no están enfermas, sino que por el contrario están en la plenitud de su rol de mujer, esposa y madre. Nuestro concepto tiene como fin valorar el rol de la mujer y de sus familias para la vivencia de una maternidad saludable. El hecho de centrar la atención en la madre y su familia, otorgándole un rol protagónico con una mirada más humana, permite mejorar la autoestima de la madre y hacer que la vivencia del parto y la maternidad sea recordada como un hecho gratificante y saludable.

Los dueños de casa de las maternidades ya no somos más los agentes de salud, sino las madres y sus hijos en el contexto de su grupo familiar. Los equipos de salud son importantes, pero los protagonistas deben ser las familias. Los profesionales debemos brindar el mejor cuidado para minimizar los riesgos que pueden correr la madre y su bebé en el momento del parto y el nacimiento. Estos son momentos de trascendencia para toda la familia y en especial para el recién nacido. Por tal motivo, deben ser vividos como una experiencia grata para recordar durante toda la vida.

El modelo MCF plantea que es fundamental promover el vínculo madre-hijo, la interacción continua y las visitas irrestrictas. Por eso, en la Sardá no hay horarios de visita. Promovemos el protagonismo de la madre. Ella debe ejercer el rol natural de cuidadora principal de su hijo pues es el monitor más sofisticado del estado de su bebé. Un recién nacido a quien más necesita es a su madre y a su familia. Después a las enfermeras y por último a los médicos. Las madres que recuperan su rol protagónico recuperan su autoestima y pueden desarrollar una maternidad más saludable.

#### **¿La Maternidad Sardá brinda un seguimiento especial a bebés con bajo peso?**

Estas poblaciones reciben una atención especial brindada por equipos multidisciplinarios de salud y psicólogos que conocen

a la madre y a su grupo familiar, ya que requieren cuidados especiales para poder superar la condición de riesgo.

Se considera bebé de bajo peso al que nace con menos de 2.500 gramos. Muchos son recién nacidos que presentan restricciones de crecimiento intrauterino. Si consideramos que las madres muchas veces llegan por primera vez al hospital en su quinto mes de embarazo y con problemas serios de malnutrición o sobrepeso, esta situación implica atender embarazos de riesgo aumentado.

En nuestra maternidad la tasa de sobrevivencia de un bebé que nace con un peso de entre 750 y 1.000 gramos es del 80%, y la de los que pesan entre 1.000 y 1.500 gramos cercana al 100%. A estos recién nacidos les hacemos un seguimiento y control durante los primeros años de vida hasta su ingreso escolar, a través de un equipo multidisciplinario que les brinda las vacunas y los alimentos necesarios para un desarrollo sano.

#### **¿Cómo enfocan el problema de las madres adolescentes y aquellas con HIV?**

La Sardá atiende en el transcurso del año alrededor de 500 partos de mujeres menores de 18 años. Contamos con un programa de apoyo para adolescentes embarazadas, mediante el cual se trabaja en la educación de las jóvenes madres en temas de planificación familiar. Una vez que tuvieron su bebé, se continúa el seguimiento de estas madres a través de los consultorios externos especiales de pediatría, para que no se sientan enjuiciadas por las madres adultas.

Las madres adolescentes son atendidas por especialistas en servicios sociales, a fin de conocer si son víctimas de conductas de riesgo, como violencia familiar o adicciones. El objetivo es lograr su reinserción escolar. Si no se realiza este seguimiento especial, no se logra romper el círculo de vulnerabilidad en el que se encuentran. Por eso, y para que asistan a los controles, se las ayuda también con el costo de traslado desde sus hogares a la maternidad.

En cuanto al HIV, el 1% de las madres que se atiende en la Sardá –70 madres aproximadamente– son portadoras. El objetivo principal respecto de esta población de mujeres es evitar que contagien a sus hijos. Las estadísticas más pesimistas muestran que un 20% de los hijos se contagia. Sin embargo, en la Sardá el porcentaje de contagio vertical –de madre a hijo– es casi nulo, gracias a la detección del virus durante el embarazo y a la realización de un tratamiento perinatal especial. Además, como estas madres no pueden amamantar, se les provee leche de fórmula especial que necesitan los bebés para un sano desarrollo.

*\* Médico pediatra neonatólogo. Miembro de la Academia Nacional de Medicina y presidente de la Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia. Emprendedor Social de Ashoka y Premio Konex 2003 en Ciencia y Tecnología. Tiene una trayectoria de 35 años en la Maternidad Sardá, donde trabaja en la atención de madres de bajos recursos económicos y con embarazos y partos de alto riesgo.*

# los objetivos de desarrollo del milenio: el compromiso de la comunidad internacional con la salud de las madres

En el año 2000, 189 países aprobaron en las Naciones Unidas la Declaración del Milenio mediante la cual se propusieron hacer realidad ocho objetivos en el año 2015. Dichos objetivos proponen fundamentalmente reducir la pobreza extrema y el hambre, promover el trabajo decente, así como mejorar la cobertura, calidad y equidad en la educación y la salud mediante la implementación de políticas de desarrollo sostenible y la promoción de valores de equidad y solidaridad de género.

El Gobierno argentino asumió como propios los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y en 2004 presentó el primer informe denominado “Objetivos de Desarrollo del Milenio Argentina. La oportunidad para su reencuentro”, en el que se cuantifican las metas propuestas por cada objetivo. Asimismo, se estableció que el organismo estatal responsable de la coordinación y seguimiento de las acciones para el logro de los ODM sería el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, actualmente presidido por la Dra. Alicia Kirchner, ministra de Desarrollo Social.

## El sexto objetivo: mejorar la salud materna

Para el logro de tal objetivo, todos los países se comprometieron a reducir en tres cuartas partes la Tasa de Mortalidad Materna (TMM) entre 1990 y 2015. La Argentina no solo adhirió a esa meta sino que además se propuso reducir en un 10% la desigualdad de los valores de esta tasa

entre las provincias. Por tal motivo, el 6 de octubre de 2004 el ministro de Salud de la Nación –Dr. Ginés González García–, junto con los ministros provinciales de las áreas de salud firmaron el “Compromiso para la

reducción de la mortalidad materna”. La TMM expresa la relación entre el número de defunciones por causas maternas acaecidas en la población femenina de un área geográfica dada durante un año determinado, y el

## tasa de mortalidad materna y defunciones maternas por división político-territorial de residencia de las fallecidas

DIVISIÓN POLÍTICO-TERRITORIAL DE RESIDENCIA DE LAS FALLECIDAS	TASA DE MORTALIDAD MATERNA	CANTIDAD DE MUERTES MATERNAS
REPÚBLICA ARGENTINA	3,9	279
CIUDAD DE BUENOS AIRES	0,7	3
BUENOS AIRES	2,7	71
CATAMARCA	6,9	5
CÓRDOBA	2,5	14
CORRIENTES	9,6	19
CHACO	5,2	12
CHUBUT	2,3	2
ENTRE RÍOS	4,1	9
FORMOSA	16,4	20
JUJUY	8,5	11
LA PAMPA	1,8	1
LA RIOJA	15,0	10
MENDOZA	4,8	15
MISIONES	6,8	16
NEUQUÉN	5,8	6
RÍO NEGRO	1,8	2
SALTA	5,7	15
SAN JUAN	3,5	5
SAN LUIS	2,5	2
SANTA CRUZ	2,0	1
SANTA FE	3,1	16
SANTIAGO DEL ESTERO	5,7	10
TUCUMÁN	3,5	10
TIERRA DEL FUEGO	8,4	2

Fuente: Estadísticas Vitales Serie 5 – N° 49. Información Básica Año 2005 – Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud y Ambiente. Nota: Mortalidad Materna ratio por 10.000 nacidos vivos.

“Para el logro de tal objetivo, todos los países se comprometieron a reducir en tres cuartas partes la Tasa de Mortalidad Materna (TMM) entre 1990 y 2015. La Argentina no solo adhirió a esa meta sino que además se propuso reducir en un 10% la desigualdad de los valores de esta tasa entre las provincias”.

número de nacidos vivos registrados en la misma área geográfica y para el mismo año. Mide tanto el riesgo obstétrico como la frecuencia con la que las mujeres están expuestas a ese riesgo. La situación en nuestro país respecto de este indicador ha sido fluctuante: si bien se evidencia una mejora en la última década –la TMM en 1990 era de 5,2 por cada 10.000 nacidos vivos y disminuyó a 3,9 por 10.000 nacidos vivos en 2000–, desmejora y llega a un valor de 4,6 en 2002 como consecuencia de la crisis económica y social de fines de 2001. Este aumento aleja al país de la primera de las metas propuestas para el año 2015, que es llegar a una TMM de 1,3 por cada 100.000 nacidos vivos.

### Otra meta

En cuanto a la segunda meta –disminuir un 10% la diferencia interprovincial de TMM–, es necesario recordar que en la actualidad las provincias más pobres de la Argentina presentan TMM hasta un 20% más elevadas que las jurisdicciones más desarrolladas. Por ejemplo, para el año 2005, las tres provincias con las TMM más altas son: Formosa (16,4 por cada 10.000 nacidos vivos), La Rioja (15,0) y Corrientes (9,6). Mientras que las tres jurisdicciones con las TMM más bajas son: Ciudad de Buenos Aires (0,7), La Pampa y Río Negro (18).

Más de la mitad de las muertes maternas en la Argentina son reducibles mediante acciones de prevención y una adecuada atención del embarazo y el parto. En el año 2005 se produjeron

279 muertes maternas, de las cuales el 52% tuvo causas obstétricas directas. Es decir, se produjeron por factores relacionados directamente con el control del embarazo y con la atención del parto, tales como trastornos hiperintensivos, hemorragias anteparto y posparto y sepsis, entre otras. Sin embargo, el principal determinante de las muertes maternas es el aborto, que causa una de cada tres defunciones maternas.

Finalmente, la suscripción a los objetivos del milenio y el diseño de sus metas ha puesto en evidencia las deficiencias y diferencias que existen en el nivel de atención de las madres en

su embarazo, parto y puerperio. Corregir dichas falencias y brindar la atención que las madres merecen y necesitan debería ser una responsabilidad ineludible para asumir como sociedad.

\* Para más información, consultar:

“Objetivos de Desarrollo del Milenio Argentina. Informe país. Síntesis ejecutiva 2005”, Presidencia de la Nación, 2005.

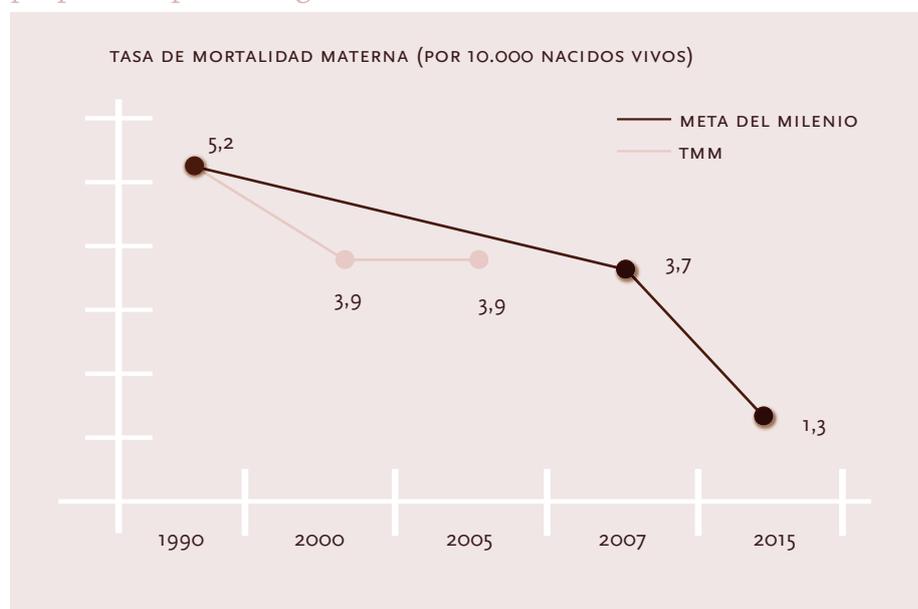
“Morbi-mortalidad materna y mortalidad infantil en la República Argentina”.

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2004.

“Objetivos de Desarrollo del Milenio Argentina. La oportunidad para su reencuentro”,

Presidencia de la Nación, 2003.

### comparación de la evolución de la tmm y las metas del milenio propuestas por la Argentina



Fuente: “Objetivos de Desarrollo del Milenio Argentina. Informe país. Síntesis ejecutiva 2005”. Presidencia de la Nación (2005)

# los programas a favor de la madre y el niño en el presupuesto nacional 2007

El Presupuesto Nacional es el instrumento de gestión y administración de los recursos que tiene el Gobierno Nacional para plantear los objetivos, metas y políticas que busca alcanzar durante el transcurso del año. La distribución de los recursos entre los programas nacionales de los respectivos ministerios refleja de alguna forma las prioridades que tiene el Gobierno para el año en curso. De esta manera, el análisis de los recursos que se destinan a financiar los programas nacionales a favor de la madre y el niño en el Presupuesto Nacional permite una aproximación al estado de la cuestión dentro de la agenda pública.

Los recursos destinados a atender a la población materno-infantil ascienden a \$4.917,9 millones y representan el 15,9% del gasto social –sin considerar la seguridad social– y el 4% del Presupuesto Nacional Total –\$121.303 millones–. Dichos fondos se distribuyen en ocho programas presupuestarios y son administrados por cuatro jurisdicciones gubernamentales distintas. Por otra parte, un análisis detallado de la distribución de tales recursos permite diferenciar dos categorías de programas: directos e indirectos. Los programas directos están focalizados en la madre, en el niño o en ambos, mientras que los programas indirectos –si bien benefician a la madre y al niño– tienen por destinatarios a los habitantes en condiciones de pobreza. Es decir, comprenden una población más amplia.

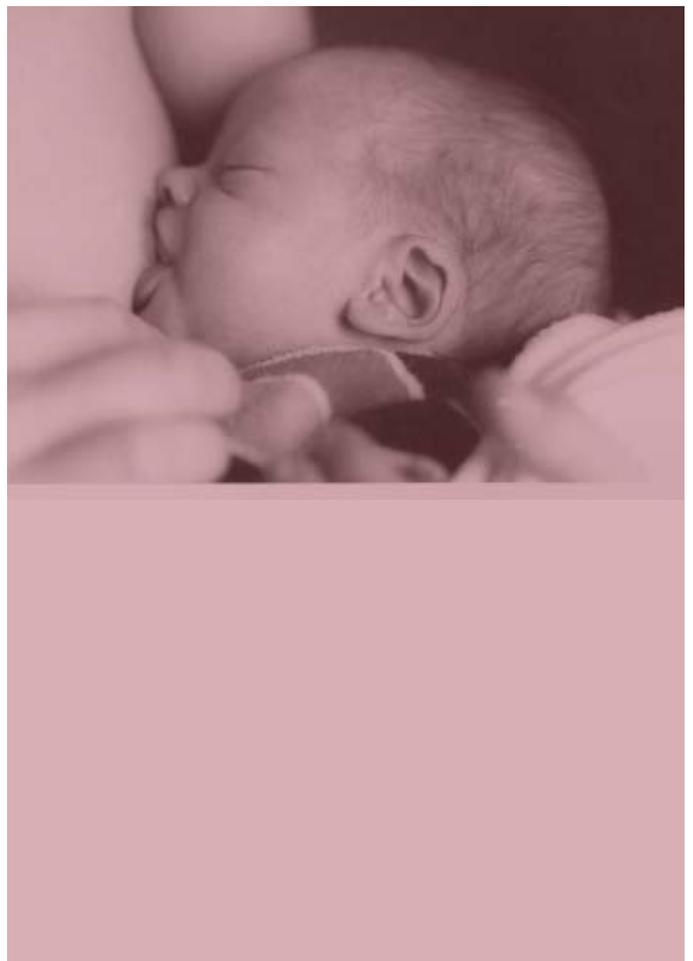
Los programas directos son:

> **Plan Familias para la Inclusión Social - Ministerio de Desarrollo Social** (\$1.261,1 millones)

El objetivo del plan es estimular una política social familiar inclusiva que promueva el respeto a los derechos humanos, a la igualdad de trato y que incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social. El programa otorga un ingreso monetario a 636.000 familias en situación de pobreza con hijos menores de 19 años en calidad de subsidio no reembolsable, y está sujeto a la realización de contraprestaciones familiares en salud y escolarización. El monto del subsidio depende de la cantidad de hijos a cargo y varía entre \$150 y \$275 mensuales.

> **Pensiones no Contributivas - Ministerio de Desarrollo Social** (\$629,3 millones)

A través de este programa se concede una asistencia económica de \$390 mensuales a las madres que tienen siete o más



hijos. Para el año en curso, se prevé otorgar dicho beneficio a 134.468 madres. Cabe destacar que el programa también brinda asistencia económica a otros grupos considerados vulnerables y, por lo tanto, su presupuesto total –\$2.737 millones– es mayor que el considerado como parte de los fondos destinados a la atención de la población materno-infantil.

> **Atención a la Madre y el Niño - Ministerio de Salud** (\$274,3 millones)

El principal objetivo de este programa es reducir la morbilidad materna e infantil, para lo cual se promueven actividades que mejoren la calidad de vida y el estado sani-

“Los programas directos están focalizados en la madre, en el niño o en ambos, mientras que los programas indirectos –si bien benefician a la madre y al niño– tienen por destinatarios a los habitantes en condiciones de pobreza”.

tario y nutricional de las embarazadas y los niños menores de 6 años. Este programa está integrado por dos subprogramas presupuestarios: por una parte, el Plan Nacional en Favor de la Madre y el Niño, cuya principal prestación es la entrega de leche fortificada a las madres para mejorar las condiciones de nutrición de sus bebés. Por otra parte, el Seguro Universal de Maternidad e Infancia –Plan Nacer– que crea a nivel provincial un seguro materno-infantil para la cobertura básica de salud de la madre y el niño.

> **Plan Federal de Salud (PROFE) - Ministerio de Salud** (\$91,5 millones)

Mediante este programa se brinda asistencia sanitaria a los beneficiarios de las pensiones no contributivas y su grupo familiar. Para el financiamiento de los servicios de salud se realizan convenios con las jurisdicciones bajo la forma de cápita. Cabe destacar que \$ 91,5 millones es el presupuesto estimado para la atención de las madres con siete hijos o más, que no agota el presupuesto total del PROFE: \$390,4 millones.

> **Desarrollo de la Salud Sexual y Procreación Responsable - Ministerio de Salud** (\$12,1 millones)

Este subprograma, contenido en el programa Atención Primaria de la Salud, tiene como principal meta promover la salud sexual y reproductiva de la población desde una perspectiva de género y como un derecho fundamental de las personas. Además, brinda de forma gratuita información sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos, a la vez que financia la compra de preservativos para su distribución en los hospitales públicos y los centros de atención primaria de salud de todo el país. La meta prevista para el año 2007 es asistir en salud reproductiva a 1.533.000 personas.

Los programas indirectos son:

> **Plan Jefes y Jefas de Hogar - Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social** (\$1.877,9 millones)

El plan tiene como objetivo dotar a los beneficiarios de herramientas para su reinserción laboral e incorporación en proyectos de empleo privado, transitorio o comunitario que mejoren su empleabilidad. La prestación del programa consiste en una asistencia económica de \$150 mensuales a los

jefes y jefas de hogar desocupados con hijos a cargo menores de 18 años y a los adultos mayores de 70 años sin acceso a prestaciones previsionales. Cabe destacar que el 70,5% de los beneficiarios de este programa son mujeres.

> **Programa de Seguridad Alimentaria - Ministerio de Desarrollo Social** (\$771,3 millones)

Este programa, resultado de la iniciativa popular el “Hambre más urgente”, está orientado a la atención de familias en situación de indigencia, mujeres embarazadas, niños menores de 14 años, discapacitados y adultos mayores que se encuentren en situación de riesgo social. El plan busca asegurar el acceso de la población vulnerable a una alimentación adecuada, suficiente y acorde a las particularidades y costumbres de cada región del país.

> **Programa de Fortalecimiento de la Familia y el Capital Social (PROFAM) - Consejo Nacional de la Mujer - Presidencia de la Nación** (\$350.000)

Mediante la implementación de este programa se apoyan proyectos que incorporan la perspectiva de género para la promoción de la familia en situación de pobreza, fortaleciendo el desarrollo de cada uno de sus miembros con un enfoque integral de la familia.

De esta manera, se concluye que los fondos públicos destinados a la madre y el niño están centrados en la atención de la población más pobre, cubriendo en alguna medida sus necesidades alimentarias, sanitarias y de ingresos. Sin embargo, se observa que aún es incipiente la visión integral de una política pública de maternidad y primera infancia. En tal sentido, es necesario programar acciones centradas en las familias que contribuyan a revalorizar las funciones maternas y paternas dentro del hogar y de la sociedad. Asimismo, es importante incorporar las problemáticas vigentes vinculadas a la necesidad de educar para una maternidad saludable, incluir conceptos de paternidad activa y de conciliación entre vida familiar y laboral de las madres y padres que trabajan.

Favorecer en el presente la vivencia de una maternidad y paternidad saludables es trabajar por los derechos de mujeres y hombres que deciden ser madres y padres, al mismo tiempo que implica mejorar las condiciones de vida de los hijos.

[www.o-maternidad.org.ar](http://www.o-maternidad.org.ar)

*El presente Boletín de la Maternidad es enviado periódicamente desde el portal del Observatorio de la Maternidad – Buenos Aires, Argentina.*

*Cualquier comentario, noticia, recomendación o sugerencia que quiera remitir puede hacerlo a [info@o-maternidad.org.ar](mailto:info@o-maternidad.org.ar).*

*Si desea cancelar su suscripción, por favor envíe un correo electrónico desde dicha dirección a: [info@o-maternidad.org.ar](mailto:info@o-maternidad.org.ar) con la frase “Cancelar suscripción”.*

avenida scalabrini ortiz 2019 8ºe, c1425dbb buenos aires, argentina / teléfono (54-11) 4832-5047 / [info@o-maternidad.org.ar](mailto:info@o-maternidad.org.ar)