

# Ser mujer, ser madre...el riesgo de morir. Mortalidad materna en la Argentina.

Sara M. Valenzuela, Leonardo Drazic y Marcela Rodríguez.

Cita:

Sara M. Valenzuela, Leonardo Drazic y Marcela Rodríguez (2013). *Ser mujer, ser madre...el riesgo de morir. Mortalidad materna en la Argentina. XII Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Bahía Blanca.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/xiijornadasaepa/45>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/edrV/oDF>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.  
Para ver una copia de esta licencia, visite  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

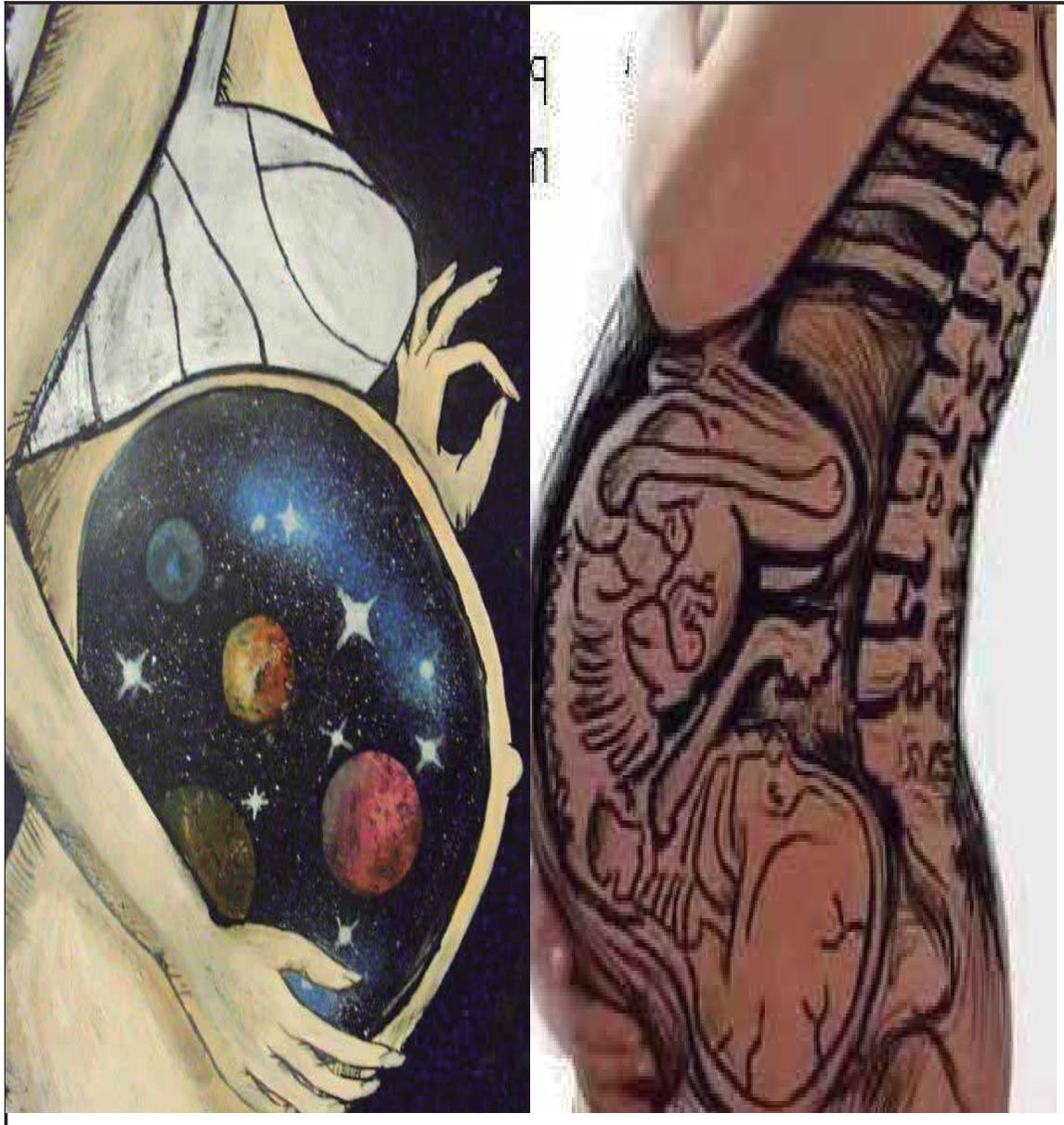
*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

XII Jornadas Argentinas de Estudios de Población

Bahía Blanca, 18-20 de septiembre de 2013

***“SER MUJER, SER MADRE... SUFRIR EL RIESGO MORIR...”***

***- Mortalidad Materna en Argentina.-***



**Asesor: Ph.D. E.E. Arriaga.**

**Autores: Valenzuela, Sara M.; Drazic, Leonardo; Rodríguez, Marcela.**

Ponencia realizada en el marco del Proyecto 21/S-874. Acreditado y evaluado por CICITCA-UNSJ. Instituto de Investigaciones Socioeconómicas. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de San Juan. San Juan. Argentina. Av. Ignacio de la Roza 590 (O), CUIM Complejo Universitario "Islas Malvinas", Rivadavia, San Juan. CPA: J5402DCS.

Correo electrónico de contacto: [smvalen@speedy.com.ar](mailto:smvalen@speedy.com.ar)

## RESUMEN

La mortalidad materna debida al riesgo de gestación/parto/puerperio ocasiona diversos impactos. Desde el punto de vista psicosocial, por la pérdida de mujeres (madres) en edades reproductivas. Y, desde la perspectiva sociodemográfica, porque es una medida predictiva de la calidad de vida y nivel sanitario de una comunidad. Aún hoy, a pesar de los avances científico-tecnológicos, en la promoción/atención e investigación en salud y demografía, no existe consenso sobre la importancia de la mortalidad materna respecto de la mortalidad debido a otras causas de muerte y del impacto de ella sobre la vida de la población. Si bien todo ser humano muere, porque morir es un acontecimiento singular e ineludible del proceso vital de los individuos, no lo hacen del mismo modo o por las mismas causas aquellas cuyas condiciones y estilo de vida los identifican-sitúan en contexto diferentes. El problema de la muerte es la *edad al morir y por qué causas se muere*; quienes fallecen provienen de localizaciones distintas, en los que tuvieron accesibilidad-disponibilidad diferencial a los recursos y medios para la atención/promoción de la salud. De allí que la mortalidad puede ser estudiada como un fenómeno demográfico y social. Además, por afectar a los integrantes de una comunidad, es un acontecimiento que atañe al colectivo donde ocurre y que refleja, como dimensión cuantificable, el resultado de los procesos de producción/reproducción biológica, sociocultural y económica que en ella tienen lugar. Del marco expuesto se deriva que existen múltiples razones que justifican el plantearse: *¿Qué es y qué representan las muertes maternas? ¿Cuál es el nivel, estructura por causas de muerte y comportamiento de la Mortalidad Materna en Argentina?*

**Palabras claves: Mortalidad Materna**

## ABSTRAC

Maternal mortality due to the risk of pregnancy / childbirth / postpartum period causes various impacts. From the psychological point of view, the loss of women (mothers) of reproductive age. Maternal mortality due to the risk of pregnancy / childbirth / puerperium causes various impacts. From the psychological point of view, the loss of women (mothers) of reproductive age. From the demographic perspective, because it is a predictive measure of the quality of life and health status of a community. Even today, despite the scientific and technological advances in the promotion / health care and research and demographics, there is no consensus on the importance of maternal mortality on mortality due to other causes of death and the impact of it on life of the population. While every human being dies, because dying is a variable singular and inescapable vital process of individuals, they do the same way or for the same reasons those who are lifestyle conditions and identify them-placed in different context. The problem of death is the age at death and causes why dies, die who come from different locations, which had differential accessibility, availability of resources and means to care / health promotion. Hence, mortality can be studied as a social and demographic phenomenon. Furthermore, by affecting the members of a community, is an event which happens to the collective concerns and reflecting, as quantifiable dimension, the result of the processes of production / reproduction biological, sociocultural and economic held there. Exposed frame follows that there are multiple reasons for ask the: *What is it and what do they represent maternal deaths? What are the level, structure and behavior killers of Maternal Mortality in Argentina, during the current decade?*

**Keywords:** Maternal Mortality.

## 1. *¿Qué es y qué representa la Muerte Materna?*

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a las defunciones maternas, como los fallecimientos de mujeres mientras están embarazadas o dentro de los cuarenta y dos días siguientes a la terminación del embarazo (período puerperal); independientemente de la duración del embarazo o del sitio del mismo; debido a cualquier causa relacionada por el embarazo mismo o su atención; pero no por causas accidentales o incidentales (OMS, 1990/1992/1997)<sup>1</sup>.

Ahora bien, la mortalidad de mujeres por causas derivadas del proceso reproductivo, sintetiza simultáneamente profundas repercusiones: una de carácter individual-emocional, expresado por la pérdida bio/psicológica de la mujer fallecida que impacta sobre los hijos/familia; dado que reduce la sobrevivencia del recién nacido y de los otros hijos durante la primera infancia, incrementa el riesgo de fracaso escolar de los hijos, deteriora cuando no disuelve/atomiza el núcleo familiar. Y la otra consecuencia, de carácter social-económica, que afecta y recae sobre el colectivo o comunidad donde tienen lugar las muertes ocurridas. Esta última dimensión implica un costo sanitario/social, que significa en muchos de los casos la pérdida del ingreso familiar (único sostén o principal aportante, —actualmente las mujeres jefas de hogar representan el 36,3% de la población femenina, residente en los aglomerados urbanos de cada provincia—<sup>2</sup> y la productividad económica, reflejando duramente las condiciones de vida transitadas por las mujeres fallecidas y las escasas perspectivas futuras para aquellas mujeres que sobreviven. Principalmente, las muertes maternas representan una problemática que excede el problema de salud, ante todo es un tema de derechos humanos “...toda mujer tiene el derecho fundamental al embarazo y al parto seguros, y el derecho a la maternidad segura...” (FNUAP, 2005)<sup>3</sup>.

De igual modo, las muertes de las mujeres por motivos de la maternidad deben ser analizadas como expresión de las ventajas/desventajas relativas que experimenta la población femenina de los contextos bajo análisis, en el proceso y alcance de logros de sus derechos fundamentales y de la maternidad deseada (OPS, 1989).<sup>4</sup> En ese sentido, la mortalidad materna reflejará sensiblemente las asimetrías en las condiciones de vida/salud, constituyéndose en un indicador óptimo de los aspectos socio-económicos y de la cobertura/calidad de los servicios de atención de la mujer en las edades fértiles.

Por otra parte del total de partos/nacimientos que se producen por año cada una de esas admisiones, para cuidado obstétrico, involucra a dos personas en riesgo; situación que conlleva dos resultados posibles: la sobrevivencia (probabilidad favorable) de la madre/niño y, el otro, el riesgo de muerte de uno de ellos o ambos. Dicha adversidad, particularmente

notable, es prevenible y evitable dado la edad relativamente joven y salud aceptable de esas mujeres. Amerita destacar que además del valor de la vida, en el marco de los principios ético-filosóficos y resignificado como potencial del crecimiento-reemplazo demográfico, en las diversas culturas existe una fuerte significación que otorga y prioriza a la maternidad como uno de los acontecimientos más importantes en la vida de toda mujer y, concurrentemente, como uno de alto riesgo, si las condiciones sociosanitarias relacionadas a la gestación/parto/puerperio no son las apropiadas. En consecuencia, la Mortalidad Materna (MM) debiera ser analizada desde una perspectiva muy específica, para no derivar en conceptualizaciones inadecuadas y mediciones erradas. En general, el significado e impacto que tiene la Mortalidad Materna sobre la mortalidad total de la población, es mínima. Pero esto, se debe al hecho de que no se pueden ni se deben comparar uno y otro acontecimiento vital. Se trata de fenómenos demográficos diferentes, cuyos riesgos de ocurrencia se observan y debieran observarse en las poblaciones específicas, que están expuestas a dichos riesgos. En el caso de la mortalidad general, la población total y, en el de la mortalidad materna, en grupos particulares de la población específica: *mujeres en edades reproductivas que están embarazadas*; como se ha demostrado en varios países de América Latina, se ha encontrado que una vez que la mujer queda embarazada, el riesgo más alto de muerte es del mismo embarazo (Arriaga, 2003).<sup>5</sup>

## 2. *¿Por Qué preocuparse de las Muertes Maternas?*

Las muertes de las mujeres madres o que viven el proceso de ser madres “...*ha sido y es...una tragedia descuidada y se ha descuidado porque las que sufren son personas con menos fuerza e influencia...*”, en y sobre las esferas de planificación y decisión de políticas sociales y salud, “... *son pobres y, por encima de todo, mujeres...*” (Mahler, 1987).<sup>6</sup> Mujeres en condiciones de pobreza cultural y material; por consiguiente, en situación de vulnerabilidad o mayor riesgo de exclusión de los sistemas de protección social y sanitaria. Problemática compleja, “...*no simplemente porque éstas son mujeres en la plenitud de sus vidas [...] simplemente porque morir por causas maternas es una de las formas más terribles de morir [...] Pero por encima de todo, porque cada muerte materna es un evento que podría haberse evitado y que nunca debiera haberse permitido que ocurriera...*” (Fathalla, 1997, citado en CEDES, 2004).<sup>7</sup> Por consiguiente, el que las mujeres fallezcan por causas vinculadas a la maternidad, debiera ser entendida como resultado y expresión de la estructura de desventajas a la que están expuestas y experimentan grupos significativos de mujeres en América Latina “...*en el logro de sus derechos fundamentales y en el ejercicio de la maternidad deseada...*” (OPS, 1990;

PAHO, 2003; FNUAP, 2005)<sup>8</sup>. En general, se ha advertido que las complicaciones del embarazo, parto y puerperio aparecen como una de las principales causas de incapacidad, enfermedad y muerte entre las mujeres en edad reproductiva en los países en desarrollo. Estas causas representan, al menos el 18% de la carga global de enfermedad en este período de la vida de las mujeres (WHO, 1998).<sup>9</sup>

En Argentina, según datos oficiales, la tasa de mortalidad materna (TMM) alcanzaba en la década de los noventa al 52 por cada 100.000 nacidos vivos, en decenio siguiente (2000-10), desciende a 35 por 100.000 nacidos vivos. Aunque la retracción del nivel de las tasas, del orden del 33%, entre ambos períodos sea muy significativa, como consecuencia de las medidas de extensión de la cobertura sanitaria, incremento del parto institucional, mejoramientos en la prevención, diagnóstico precoz y atención primaria de las embarazadas; no se alcanzó la meta enunciada en la Cumbre Mundial, que propuso una disminución del 50%, como objetivo del milenio.<sup>10</sup> Motivos por los cuales es esperable que los esfuerzos médico-epidemiológicos ya realizados se profundicen, teniendo en cuenta que toda mujer está expuesta a riesgos concurrentes asociados al embarazo, que durante la gestación, pueden manifestarse como complicaciones imprevistas demandando atención médica especializada e inmediata. Del mismo modo, será necesario que se incluyan y se actúe sobre los factores socioculturales asociados a la mortalidad materna, primordialmente la educación.

Otro fuerte argumento sobre el que descansa la necesidad de investigar e intervenir sobre la mortalidad materna, radica en la propia naturaleza —precisamente evitable— de algunas de sus causas de muerte; es decir, reducibles, mediante la prevención y control médico durante la gestación/parto y el uso efectivo de las tecnologías existentes, más allá de las causas ligadas a problemas intrínsecos de las personas.

Por ello, en el presente análisis la principal preocupación gira en torno a poner en evidencia el estado de situación de la Mortalidad Materna (nivel, estructura y comportamiento). De igual modo, reflexionar y aportar a una conceptualización comprensiva de la Mortalidad Materna, basada en las causas de muerte maternas y una medición no afectada por la estructura de edades.

Aspectos cardinales si se reflexiona que la mayor parte de las muertes maternas son evitables con acciones y prácticas básicas de promoción y prevención en salud —atención primaria: control del embarazo, parto, puerperio y del niño en gestación por nacer.

### 3. *Situación de la Mortalidad Materna: Niveles y Tendencias*

Seguidamente se presentan los niveles estimados de mortalidad general observados a través de la esperanza de vida al nacimiento y los correspondientes a la mortalidad materna expresados en la razón de mortalidad, a los fines de promover el análisis reflexivo e informado sobre la problemática que nos ocupa y preocupa.

Conforme con los datos publicados, los indicadores de salud, en la Argentina mejoraron en los últimos veinte años, destacándose que ha declinado la incidencia de muertes por causas infectocontagiosas. De igual modo el índice de salud, basado en la esperanza de vida al nacer  $E_{(0)}$ , se ha incrementado alrededor del 22%. Esto implica que la  $E_{(0)}$  pasó de 66,8 a 68,6 entre los años ochenta a noventa y cinco y, hasta 71,6 años para los hombres (2010) y de 73,7 a 75,8 hasta 79,1 para las mujeres, en igual período y hasta 2010.<sup>11</sup>

Evolución de la Esperanza de Vida. Argentina, 1980-2010

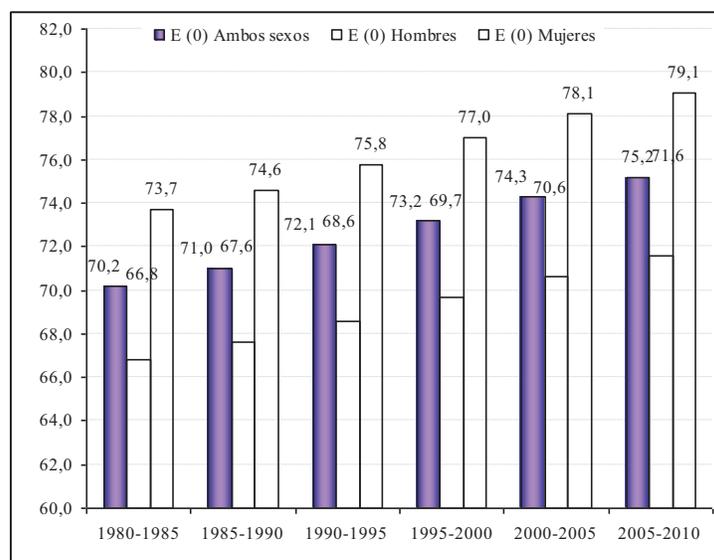
Cuadro 1.

Gráfico 1.

Quinquenios	A. S.	H	M.
	$E_{(0)}$		
1980-1985	70.2	66.8	73.7
1985-1990	71.0	67.6	74.6
1990-1995	72.1	68.6	75.8
1995-2000	73.2	69.7	77.0
2000-2005	74.3	70.6	78.1
2005-2010	75.2	71.6	79.1

Referencias: A.S.: Ambos sexos  
H.: Hombres - M.: Mujeres

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos proporcionados por RISALC: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL. Base de datos de estimaciones y proyecciones de población. Revisión 2006; UNESCO-IEU, Instituto de Estadísticas de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.



Fuente: Cuadro 1.

De igual modo, la tasa de mortalidad infantil (TMI) descendió de manera sostenida durante el período total observado (2010-1980:-64,2%), con excepciones en las etapas sociohistóricas críticas —proceso militar, caída de la convertibilidad, efectos tequila y caipirinha e inicio del nuevo modelo—, momentos en los que se advierten la ralentización del ritmo descendente e incremento del nivel de la TMI. A pesar de esos altibajos, durante la década presente y sobre todo en el último trienio (2007-2010), se recuperan tanto el nivel como la tendencia declinante, aspectos que permitirían alcanzar las expectativas planteadas en los objetivos del milenio (ODM), en particular el quinto objetivo, que es el que se refiere a la salud (morbi-mortalidad materna).

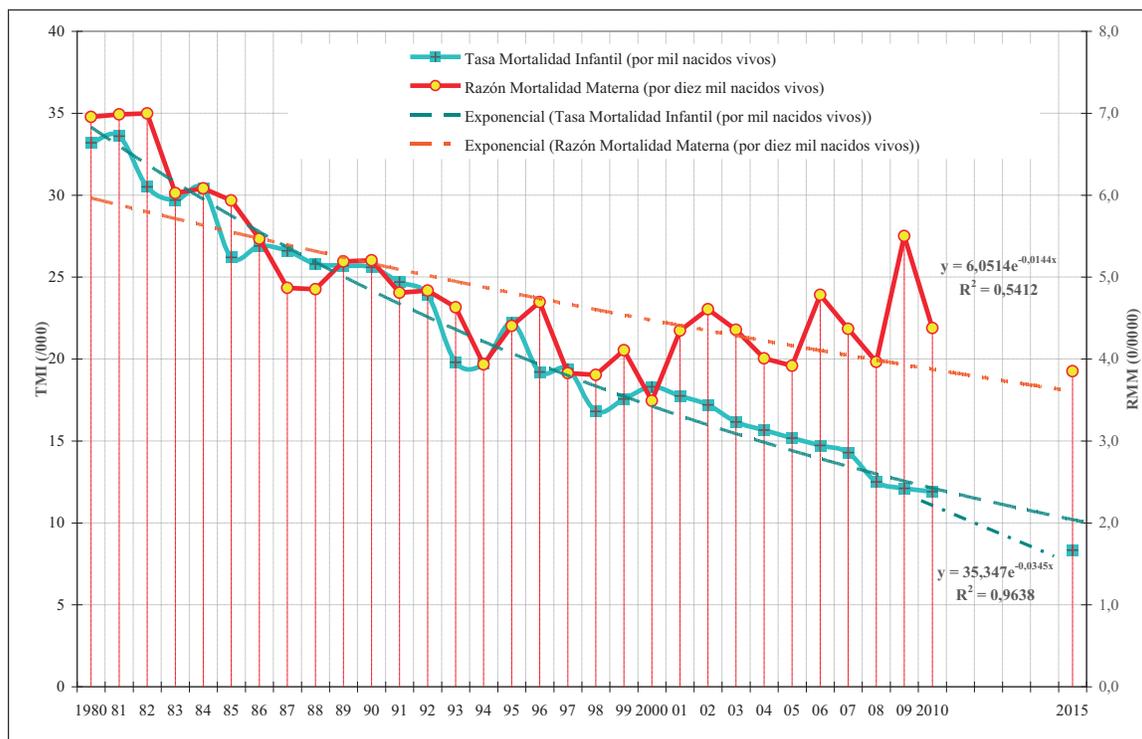
Cuadro 2 Nivel de la Tasa de Mortalidad Infantil (por mil nacidos vivos) y de la Razón de Mortalidad Materna (por diez mil nacidos vivos), según períodos sociohistóricos y años. Argentina, 1980-2010.

Período sociohistórico	Año	TMI (0/000)	RMM (0/0000)	Período sociohistórico		TMI (0/000)	RMM (0/0000)
Proceso M	1980	33,2	7,0	Estabilidad	1996	19,2	4,7
	1981	33,6	7,0		1997	19,4	3,8
	1982	30,5	7,0	Caipirinha	1998	16,8	3,8
Rt.Democracia	1983	29,7	6,0	Caída Convertibilidad	1999	17,6	4,1
	1984	30,4	6,1		2000	18,3	3,5
	1985	26,2	5,9		2001	17,8	4,3
Hiperinflación	1986	26,9	5,5	Inicio Despegue	2002	17,2	4,6
	1987	26,6	4,9		2003	16,2	4,4
	1988	25,8	4,9	Nuevo Modelo	2004	15,7	4,0
	1989	25,7	5,2		2005	15,2	3,9
	1990	25,6	5,2		2006	14,7	4,8
Convertibilidad	1991	24,7	4,8	2007	14,3	4,4	
	1992	23,9	4,8	2008	12,5	4,0	
	1993	19,8	4,6	2009	12,1	5,5	
Tequila	1994	19,7	3,9	2010	11,9	4,4	
	1995	22,2	4,4	META ODM 5	2015	8,3	3,9

Fuente: elaboración propia en base a datos de las publicaciones de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Años 1980-2010 e INDEC.

Sin embargo, la dinámica de la **Mortalidad Materna** presenta diferencias respecto de la TMI, en diferentes tramos del período 1980-2010. En su comportamiento exhibe una reducción menos notoria, acompañado por fases de estancamiento e inclusive, durante la crisis emergente por la caída de la convertibilidad, acusa el valor más elevado y mayor incremento en los momentos analizados (RMM 2002-00:32,0%). Desde 1980 a 1985, el nivel de la RMM se mantiene invariante, oscilando entre 7 a 6 fallecimientos de mujeres por cada diez mil nacidos vivos. En el segundo quinquenio de la década de los ochenta, el ritmo de descenso es mínimo. Incluso en los años/períodos 1990-1995-96 y 2000-02-05, la RMM no sólo detiene su comportamiento sino que experimenta aumentos y seguido por leves retracciones, sosteniendo el nivel de casi 40 a 50 muertes por cada cien mil nacidos vivos. A partir de esa época y en el decenio 2000-2010, presenta una dinámica similar aunque se manifiestan ligeras.

Gráfico 2. Nivel de la Tasa de Mortalidad Infantil (por mil nacidos vivos) y de la Razón de Mortalidad Materna (por diez mil nacidos vivos). Argentina, 1980-2010.



Fuente: Cuadro 2.

A continuación, en el Cuadro y Gráfico 3 se muestra la tendencia e índice de variación, experimentados por la TMI y RMM, según las diferentes fases temporales, que hacen referencia al contexto económico y político existente en Argentina en las etapas estudiadas.

Cuadro 3 Índices de variación de la Tasa de Mortalidad Infantil (por mil nacidos vivos) y de la Razón de Mortalidad Materna (por diez mil nacidos vivos), según períodos decenales, quinquenales y sociohistóricos. Argentina, 1980-2010.

Período	Años	Índices de Variación (%)		Período	Años	Índices de Variación (%)	
		TMI (0/000)	RMM (0/0000)			TMI (0/000)	RMM (0/0000)
<b>Socio-histórico</b>				<b>Socio-histórico</b>			
<b>Variación quinquenal</b>	1985-80	-21,1	-14,7	<b>Hiperinflación</b>	1990-86	-1,3	-0,3
	1990-85	-2,3	-12,3	<b>Convertibilidad</b>	1993-91	-19,8	-3,7
	1995-90	15,3	18,2	<b>Efecto Tequila</b>	1995-94	12,7	11,9
	2000-95	-17,5	-20,7	<b>Estabilidad</b>	1998-97	1	-18,5
	2005-00	-17,1	12,2	<b>Efecto Caipirinha</b>	1999-98	4,5	7,9
	2010-05	-21,6	11,7	<b>Caída Convertibilidad</b>	2002-00	-6,1	32
<b>Variación decenal</b>	1990-80	29,7	33,6	<b>Inicio Despegue</b>	2006-03	-8,8	9,8
	2000-80	-44,8	-49,8	<b>Nuevo Modelo</b>	2010-07	-16,7	0,2
	2010-80	-64,2	-37,1				
<b>Proceso Militar</b>	1982-80	-8,1	0,6				
<b>Retorno Democracia</b>	1985-83	-11,8	-1,5	<b>Meta ODM 5</b>	2015-10	-48,5	-11,6

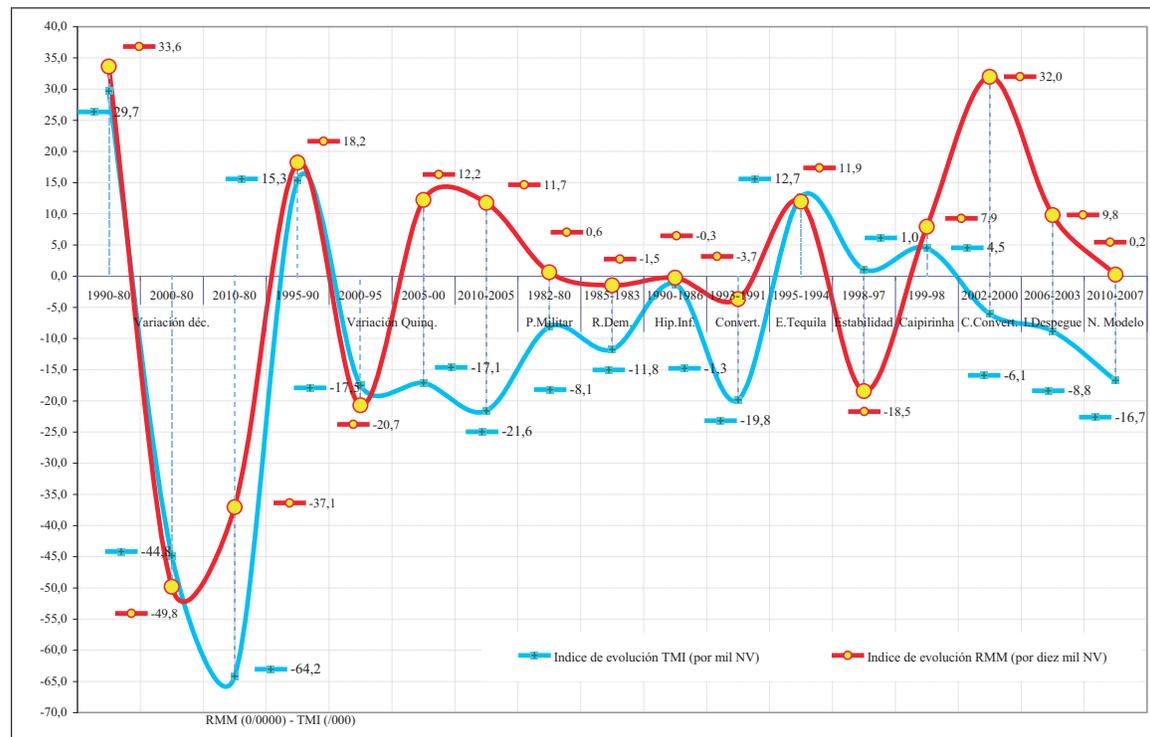
Fuente: elaboración propia sobre la base de datos obtenidos en las publicaciones de la D. Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Años 1980-2010 e INDEC.

También requiere enfatizarse entre 1980-2000, el nivel de descenso de la RMM es casi dos veces menor que la reducción observada en la TMI, en igual período. Del mismo modo, aún en el decenio reciente, la mortalidad infantil logró una nueva disminución de casi 17% en tanto que la RMM prácticamente no acusó variación en sus niveles.

Como expectativa global, se espera alcanzar un descenso del 5,5% anual de la RMM mundial, para lograr la meta acordada en el ODM5. Entre 1990-2005, ese descenso se posicionó por debajo del 1,0% anual. O sea que ninguna de las regiones alcanzó el ritmo de descenso esperado. Asia Oriental (4,2%) fue la región más próxima al logro del ODM5, América Latina evidenció una reducción del 2,0% anual al disminuir la RMM Latinoamericana un 26,3% en dicho período (Shah y Sale, 2007)<sup>12</sup>.

A efectos del logro de la meta propuesta y asumido como compromiso por Argentina respecto del (ODM\_5), la RMM debiera alcanzar en el 2015, la magnitud de 1,3 por diez mil nacidos vivos (ó 13 por cien mil nacidos vivos) hecho que importaría mantener y haber mantenido un ritmo de descenso anual del orden del 5 %y fracción, desde 1990 hasta el año 2015. Si el nivel hipotético se hubiera verificado la RMM hubiese alcanzado, durante la década de 2000-10, magnitudes próximas a 19 o 20 por cien mil nacidos vivos (ó de 1,9 a 2,0 por cada diez mil nacidos vivos); niveles que por cierto no se verifican, puesto que en dicho lapso, los valores observados, máximos y mínimos, de la RMM oscilan entre 3,5 (2000) y 5,5 (2009) con un promedio de 4,0 por 10.000 NV; es decir una magnitud casi un poco más del doble que el nivel esperado. Por otra parte, teniendo en cuenta el lento ritmo de descenso observado hasta el presente, para alcanzar la meta comprometida en el año 2015, ese ritmo debería acelerarse al 14,8% anual en el período que resta, casi tres veces mayor que el originalmente esperado. De continuar el ritmo de descenso que se viene observando hasta el presente, la RMM para el año 2015 llegará a un nivel de 3,8 por cada diez mil NV, casi tres veces superior a la comprometida por el país.

Gráfico 3. Índices de variación de la Tasa de Mortalidad Infantil (por mil nacidos vivos) y de la Razón de Mortalidad Materna (por diez mil nacidos vivos), según períodos decenales, quinquenales y sociohistóricos. Argentina, 1980-2010.



Fuente: Cuadro 2.

En comparación con algunos de los indicadores más utilizados en salud reproductiva, como por ejemplo, partos institucionales ( $PI^{ARG(2000-10)}$ : 99%), partos atendidos por referentes capacitados profesionales ( $PH^{ARG(2000-10)}$ : 90-98%) y controles prenatales (5 o + consultas dentro del sistema de salud hospitalario) ( $PAP^{ARG(2000-10)}$ : 88%), la RMM alcanza niveles importantes y no esperables (en Anexo I, se incorpora una tabla comparativa de los índices citados).

Al respecto cabe acotar que el nivel de reproducción de Argentina —expresado por la tasa global de fecundidad [ $TGF^{13ARG(2009)}$ : 2,2 h/m], es bajo; no obstante, las mujeres argentinas están expuestas a riesgos desproporcionados durante sus gestaciones/partos/puerperios. Durante la década de los ochenta, 50 mujeres argentinas por cada cien mil nacimientos, fallecían por dichas causas. Ese riesgo baja un punto y mantiene su orden de magnitud en los decenios siguientes; es decir que aproximadamente 40 mujeres argentinas por cada cien mil nacidos vivos fallecieron por causas vinculadas al embarazo/parto/postparto. En igual período, otros países de la región latinoamericana, Chile y Uruguay, presentan niveles menores — $RMM^{CHI(2008)}$ : 19,8 m/00000NV;  $RMM^{URUG(2008)}$ : 15,0 m/00000NV—, respectivamente;

siendo estas magnitudes casi equivalentes a la mitad del nivel de las razones de mortalidad materna argentinas. Merece destacarse que de manera sencilla, una tasa global de fecundidad de dos hijos por mujer suele interpretarse, expresando que las mujeres en edad fértil tienen un promedio de dos hijos. Sin embargo, es preciso considerar a la fecundidad, en la situación más amplia de la concepción del vivir y de la vida; en ella los hijos **representan y significan la posibilidad de la reproducción biológica y cultural**, la continuación de la vida y de la naturaleza. Una fecundidad alta es, por lo tanto, un valor y un recurso que se asocia al tamaño ideal del hogar, a la valoración del hijo per-se, al rol económico de los hijos, a la supervivencia del grupo y al bienestar en general. Sin embargo, las condiciones difíciles de sobrevivencia, los cambios generacionales y la heterogeneidad de situaciones histórico-culturales y socioeconómicas hacen que se deba **contextualizar a la procreación y los riesgos que ella implica**, respecto a la factibilidad de alcanzar ese ideal o al deseo de disminuir el número de hijos. Como así también desde el punto de vista de los derechos a la autodeterminación para concebir y gestionar la vida y futuro de los hijos, como de ella misma, sin que esto afecte los derechos reproductivos que siguen siendo derechos individuales y de las parejas, derechos que necesariamente demandan de la formulación y efectiva puesta en marcha de políticas sociales y de salud.

Ante estos hallazgos cabe entonces, preguntarse *¿por qué si se dispone de intervenciones costo-efectivas, incluso posibles de poner en marcha, la reducción de la RMM, no ha logrado los estándares esperados de acuerdo con los compromisos asumidos?*

#### 4. ***Heterogeneidad y Desigualdad Regional***

Si bien la RMM para el total país, durante la década del dos mil y, particularmente desde el 2003-2006 y desde 2007 a 2010, muestran una mejora en los niveles alcanzados, su distribución no fue uniforme, ni en el tiempo ni en las diferentes regiones que caracterizan al país. Los gráficos que luego se incorporan permiten visualizar nítidamente las posiciones relativas alcanzadas en relación a las magnitudes de sus RMM.

El estado de situación en los años 2002, 2009 y 2010, permite observar los momentos en los cuales la RMM tanto para el total país, como para las jurisdicciones provinciales, alcanzaba uno de los niveles más elevados. Del mismo modo, es posible advertir la heterogénea recomposición jerárquica de las provincias en orden a las magnitudes de las RMM, como efecto de las carencias y mejoras que algunas provincias lograron, respecto de las reducciones de sus niveles de mortalidad materna.

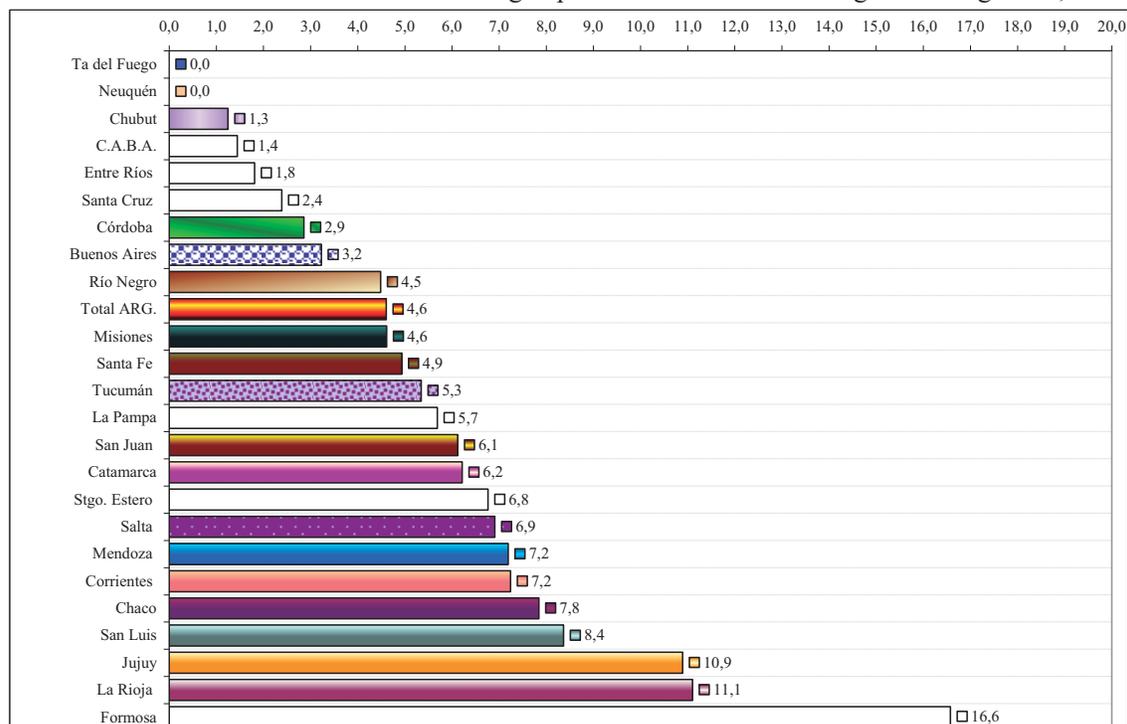
Cuadro 4. Razón de Mortalidad Materna según provincia de residencia. Argentina, 2002-2009-2010

Año 2002		Año 2009		Año 2010	
Provincia	RMM (10.000 NV)	Provincia	RMM (10.000 NV)	Provincia	RMM (10.000 NV)
Formosa	16,6	Catamarca	16,0	Formosa	16,2
La Rioja	11,1	Formosa	15,0	La Rioja	11,4
Jujuy	10,9	San Luis	9,8	Misiones	8,1
San Luis	8,4	Chaco	9,7	Chaco	7,5
Chaco	7,8	Misiones	9,3	La Pampa	7,2
Corrientes	7,2	Entre Ríos	9,0	Corrientes	5,9
Mendoza	7,2	Salta	8,4	Salta	5,8
Salta	6,9	Jujuy	8,3	Córdoba	4,8
Stgo. Estero	6,8	La Rioja	8,0	Buenos Aires	4,4
Catamarca	6,2	Córdoba	7,2	Mendoza	4,4
San Juan	6,1	Santa Fe	7,1	Total ARG.	4,4
La Pampa	5,7	San Juan	6,2	San Juan	4,2
Tucumán	5,3	Stgo. Estero	5,8	San Luis	3,8
Santa Fe	4,9	Total ARG.	5,5	Jujuy	3,7
Misiones	4,6	Santa Cruz	5,2	Santa Cruz	3,3
Total ARG.	4,6	Neuquén	5,2	Neuquén	3,3
Río Negro	4,5	Corrientes	4,9	Entre Ríos	3,1
Buenos Aires	3,2	Chubut	4,0	Chubut	3,0
Córdoba	2,9	Buenos Aires	4,0	Tucumán	3,0
Santa Cruz	2,4	Tucumán	3,9	Santa Fe	2,6
Entre Ríos	1,8	Ta del Fuego	3,8	Stgo. Estero	1,7
C.A.B.A.	1,4	La Pampa	3,6	Catamarca	1,5
Chubut	1,3	Mendoza	2,6	C.A.B.A.	0,9
Neuquén	0,0	C.A.B.A.	1,8	Río Negro	0,8
Ta del Fuego	0,0	Río Negro	1,7	Ta del Fuego	0,0

Fuente: Cuadro 2.

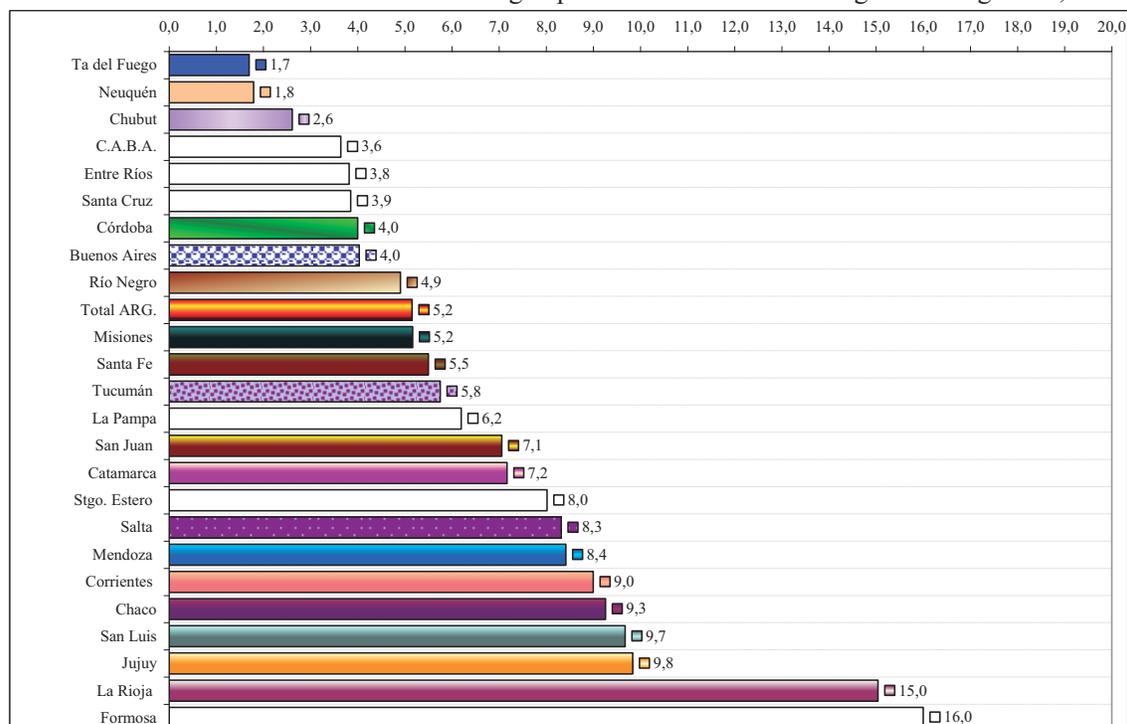
No obstante, las RMM por provincia, evidencian importantes desigualdades, producto de las inequidades en el acceso a servicios y en la disponibilidad de recursos humanos y físicos adecuados. Hay provincias que duplican o triplican la razón nacional. Este hecho señala un riesgo significativamente elevado, cuando se comparan los niveles de algunas jurisdicciones con el de la ciudad de Buenos Aires. Aproximadamente, más de la mitad de las provincias (15 de 24) presentaban en el año 2002, RMM que superaban la razón nacional. Paulatinamente este ranking se modifica y sólo diez de ellas superan el promedio nacional, hacia el final de la década (2010). Las provincias del NOA y NEA presentan el mayor riesgo de muertes maternas y tres de ellas tienen el doble de la razón nacional. Por ejemplo, las mujeres de Formosa tienen 20 veces más riesgo de morir de causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio que las mujeres que viven en la ciudad de Buenos Aires.

Gráfico 4.1. Razón de Mortalidad Materna según provincia de residencia. Argentina. Argentina, 2002.



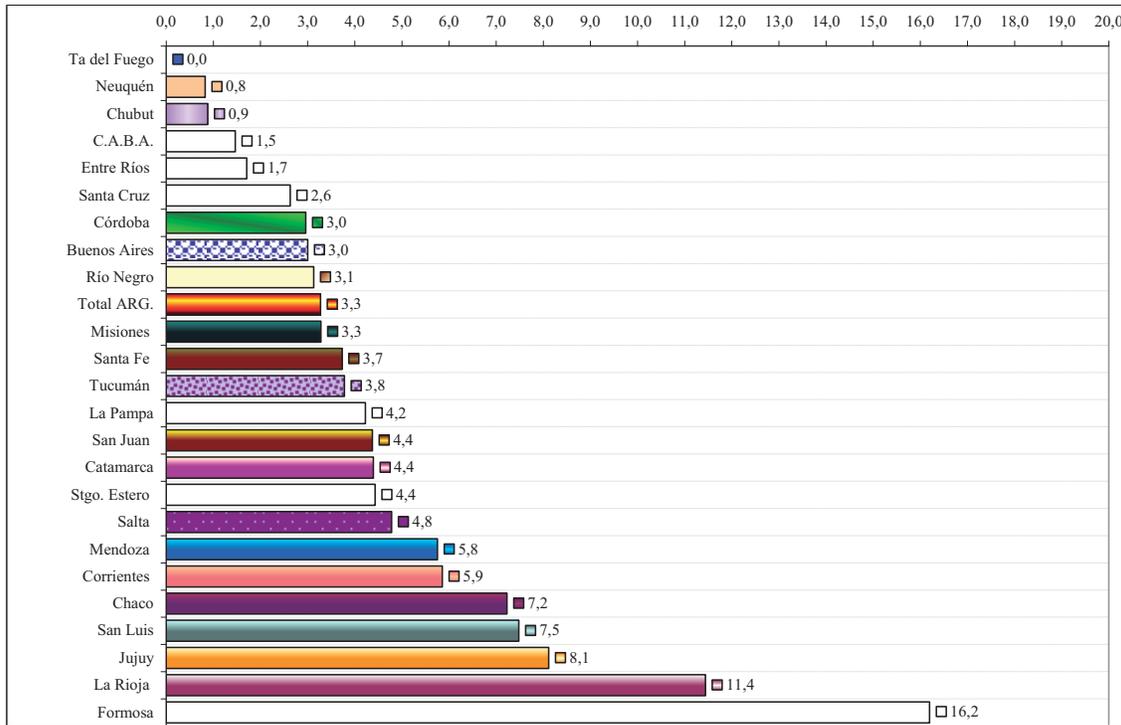
Fuente: Cuadro 4.

Gráfico 4.2. Razón de Mortalidad Materna según provincia de residencia. Argentina. Argentina, 2009.



Fuente: Cuadro 4.

Gráfico 4.3. Razón de Mortalidad Materna según provincia de residencia. Argentina. Argentina, 2010.



Fuente: Cuadro 4

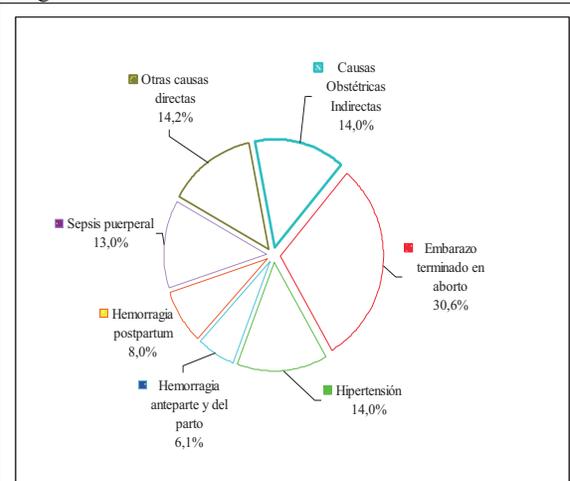
Una evidencia importante sucede con la provincia de San Juan que presenta en el 2008, la menor RMM del país, incluso mantiene ese nivel con ligeras variaciones hacia 2010.

Las provincias, Río Negro o Neuquén y Ciudad de Buenos Aires presentan una situación comparable a la de los países de menor mortalidad materna de América Latina e incluso a la de países como Canadá (OPS, 2009; Ministerio de Salud, 2009).

### 5. *Riesgos evitables*

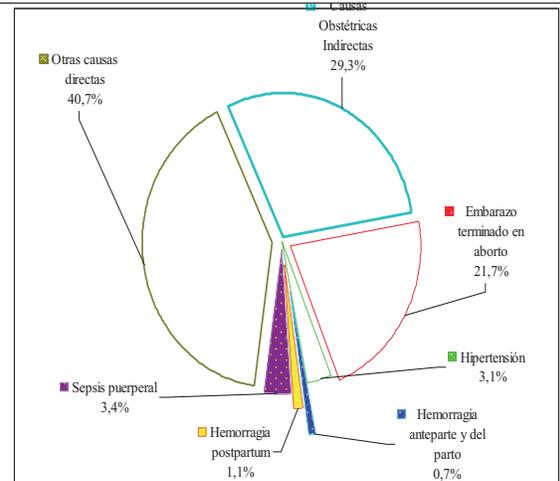
La estructura de las causas de muerte maternas en el país manifiesta, como el nivel, mínimas variaciones si se analizan dichos cambios cronológicamente. Sin embargo, se advierten variaciones y disparidades cuando se comparan dichas composiciones a la luz de la periodización del tiempo y al interior del contexto nacional, según las etapas sociohistóricas que Argentina experimentó en el transcurso de los años estudiados (1980-2010). Al respecto se han seleccionado sólo aquellas fases más importantes por sus niveles y cambios, al igual que las regiones del NOA y CUYO.

Gráfico 5.1 Estructura de las defunciones maternas según grupos de causas de muerte. Argentina Promedio Años 2000-02



Fuente: Cuadro 4 elaborado por región geográfica

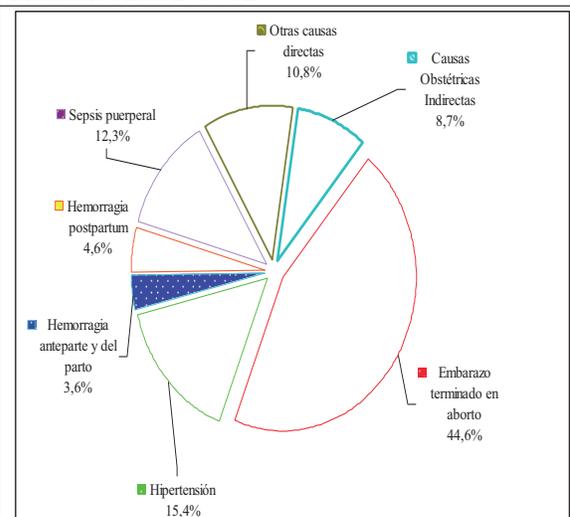
Gráfico 5.1 Estructura de las defunciones maternas según grupos de causas de muerte. Argentina Promedio Años 2007-2010



Fuente: Cuadro 4 elaborado por región geográfica

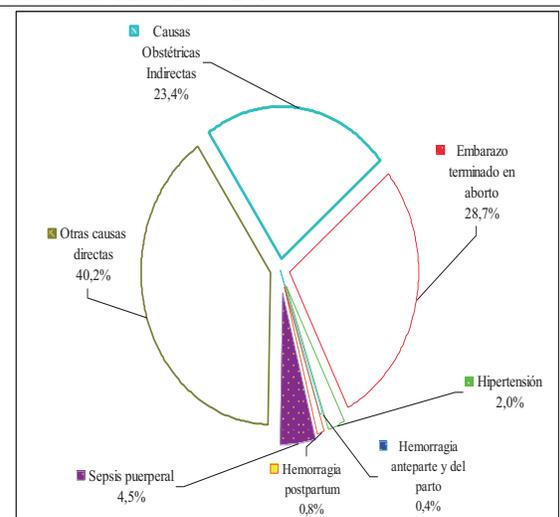
Se advertirán en las gráficas precedentes las variaciones ocurridas al cabo de la década en la estructura de los fallecimientos maternos; si bien permanecen como principal causa de muerte, las interrupciones de los embarazos, su incidencia ha retrocedido en un 41%.

Gráfico 5.2 Estructura de las defunciones maternas según grupos de causas de muerte. Región Noroeste Promedio Años 2000-02



Fuente: Cuadro 4 elaborado por región geográfica

Gráfico 5.2 Estructura de las defunciones maternas según grupos de causas de muerte. Región Noroeste Promedio Años 2007-2010



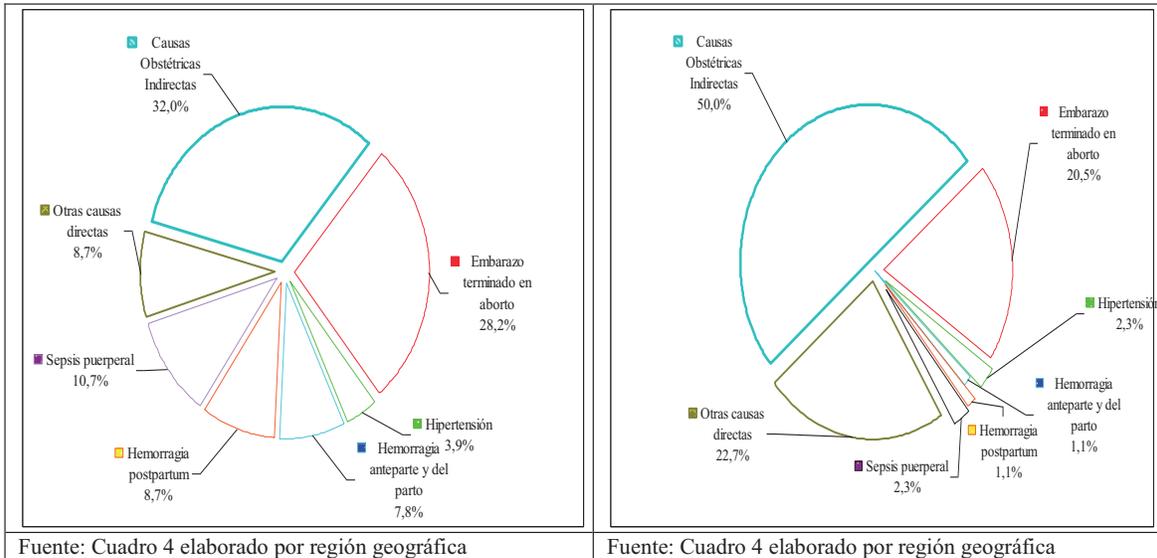
Fuente: Cuadro 4 elaborado por región geográfica

Gráfico 5.3 Estructura de las defunciones maternas según grupos de causas de muerte. Región Cuyo Promedio Años 2000-02



Gráfico 5.3 Estructura de las defunciones maternas según grupos de causas de muerte. Región Cuyo Promedio Años 2007-2010





Interesa precisar que en estas regiones, también se verificó la declinación de la principal causa de muerte, en un orden de magnitud cercano al promedio nacional para la Región Cuyana (37,0%) y, notablemente superior para el NOA con un valor del 55%. Estos niveles implican una reducción de la brecha al interior del país y una ganancia de vidas de mujeres en edades reproductivas, en el decenio transcurrido y de la eficacia del sistema sanitario.

## 6. Consideraciones finales

Los resultados presentados denotan mejoras considerables en la evolución de dos de los principales indicadores —esperanza de vida al nacer y la tasa de la mortalidad infantil—, asociados con las condiciones sociales, sanitarias y ambientales de la población de un país o región. Sin dudas los esfuerzos en materia de política sanitaria han tenido resultados positivos y la tendencia parece ser sostenida. La significativa reducción de la mortalidad infantil y el aumento de la esperanza de vida en nuestro país dan cuenta de ello. También puede advertirse el condicionamiento socio histórico y político al que están sujetos estos hechos demográficos ya que las crisis y, principalmente, las de índole económica, inciden en los ritmos de evolución de dichos fenómenos de modo explícito. Habida cuenta que la razón de mortalidad materna refleja el riesgo de morir por parte de aquellas mujeres gestantes o púerperas, que pertenecen o integran una población determinada, en un tiempo y lugar determinado, expresada por el número de nacidos vivos, ocurridos en esa misma población; las RMM, estimadas y descritas en el período bajo análisis (1980-2010) sintetizan un promedio anual de 335 muerte maternas; cifra que deriva y representa, prácticamente, que muere una mujer gestante o púerpera por día, en las provincias y el país. Asimismo, ese riesgo de morir, **es un**

**riesgo evitable según las causas de muerte que están ocasionado dichos fallecimientos**, tal como se percibe en las gráficas y resultados exhibidos. Por otra parte, la tendencia de la mortalidad materna no ha experimentado una evolución positiva tan marcada y sostenida como otros indicadores en el periodo observado, lo cual plantea la necesidad de reflexionar acerca de la persistencia de brechas regionales y desigualdades en las condiciones de vida de las mujeres al interior de nuestro país. Sin duda, los alcances de la política pública de salud tienen efectos diferenciales cuando las posibilidades de acceso y uso de los recursos del sistema de salud no son equitativos para todas las mujeres.

Del igual modo, este hecho requiere de la consideración de variables o factores transversales que también inciden en la reducción y/o aumento de la mortalidad materna, siendo el nivel educativo de las mujeres y las pautas culturales vigentes en una región, características de alto impacto en la evolución de este hecho. Es menester rescatar que la mortalidad materna representa el resultado de múltiples aspectos que se conjugan y, a su vez, un indicador de la situación de vida de las mujeres y de sus hogares, por lo tanto la reducción de la misma no solo obedece a la planificación sanitaria y a las medidas que pueda implementar un país, el rol de los gobiernos o jurisdicciones subnacionales es crucial también para garantizar condiciones de equidad sanitaria y el cuidado de la salud como un derecho social.

A modo de síntesis final, cabe destacar que los datos y análisis descriptivo aquí presentado, intentan brindar algunas dimensiones y elementos de base para reconocer tanto el estado de situación, estructura y tendencias de la Mortalidad Materna en Argentina, como al interior de ella y, propiciar no sólo el debate desde el **deber ser**, sino desde el **qué hacer y cómo contribuir desde la investigación académica** para alcanzar los estándares de una mejor calidad de vida para toda la sociedad.

## 7. *Método y técnicas*

De acuerdo con los registros de información disponibles, la métrica utilizada se basa en el cálculo de las razones de mortalidad materna, indicador de la variable objeto de estudio, los datos de base corresponden a los registros de estadísticas vitales —fallecimientos de mujeres por causas de muerte maternas [interrupción del embarazo, obstétricas directas (septicemia, hipertensión arterial) y obstétricas indirectas]—, por año de ocurrencia y provincia de residencia. En el caso de las tasas de mortalidad infantil, las defunciones de menores de un año, por año de ocurrencia y provincia de residencia de las madres. En ambos casos, para el denominador de las razones y tasas específicas se requieren los nacimientos ocurridos por

año y lugar de residencia (provincia) de las madres. Un aspecto más a tener en cuenta para interpretar el significado de las muertes maternas, más allá del afán del impacto estadístico, en relación a la población femenina, reside en las dificultades existentes para su medición (estimación de la población de mujeres embarazadas, sujetas a los riesgos que la gestación implica), "... excluyendo los aspectos psicológicos importantes que puede ocasionar la mortalidad materna en las familias donde una madre muere y, concentrándose sólo en la parte de su medición...", es posible sostener que la mortalidad materna, en general, ha sido medida separadamente de las otras causas de morbilidad, sin analizar comparativamente que sucede con el resto de las causas de muerte. O bien, sin que se haya procurado "... determinar el impacto real que la mortalidad materna tiene sobre la vida de una población..." y "...de la población femenina en particular..."(Arriaga, 2003).<sup>xiv</sup> Habida cuenta que los registros e información de base (población femenina embarazada), difícilmente se encuentran disponibles, se recurre a los nacimientos como aproximación del quantum de mujeres embarazadas en una población determinada, aspecto que permite sólo la estimación de tasas y razones de mortalidad materna.

#### 8. *Fuentes de datos*

La información de base se ha obtenido de las publicaciones realizadas (boletines y anuarios) por la Dirección de Estadísticas e Información del Ministerio de Salud de la Nación. Años 1980 a 2010.

#### 9. *Bibliografía*

- Asamblea General Naciones Unidas. Consejo de Derechos Humanos. Resolución A/HRC/11/L.16. Promoción y protección de todos los derechos humanos y de los derechos civiles, políticos, económicos sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo, 16 de junio de 2009.
- Campbell OM, Graham WJ; Lancet Maternal Survival Series steering group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. 2006 Oct 7; 368(9543):1284-99.
- Consejo de Políticas Sociales: Objetivos de Desarrollo del Milenio: Argentina. La oportunidad para su reencuentro, Presidencia de la Nación y Naciones Unidas, 2003. Disponible en <http://www.politicassociales.gov.ar/odm/pdf/ip2003.pdf>
- Departamento de Estadísticas e Información de Salud: Indicadores básicos 2007. En [http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/6bd71933f43deabe\\_e04001011f014c20.pdf](http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/6bd71933f43deabe_e04001011f014c20.pdf)
- Langer, A. y Espinoza, H.: "Embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la Sociedad en América latina y el Caribe", en Nuevos desafíos de la responsabilidad política, Cuadernos del Foro de la Sociedad Civil en las Américas, año 4, n° 5, Buenos Aires, CEDES-FLACSO-CELS 2002.
- Ministerio de Salud. Dirección de Estadísticas e Información en Salud: Estadísticas Vitales. Información básica: 1980-2010, Serie 5, Bs.As. En <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/>
- \_\_\_\_\_ La salud reproductiva de las mujeres en la Argentina 2005. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Buenos Aires, 2006.

- Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. La situación de la mortalidad materna en la Argentina. Buenos Aires: CEDES; CREP; IIE/ANM, 2010.
- OPS: Género, salud y desarrollo en las Américas. Indicadores básicos 2000 a 2009, En <http://new.paho.org/>
- Organización Mundial de la Salud. La salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. 1. Salud mundial 2.Prioridad en salud 3.Prestación de atención de salud 4.Costo de la enfermedad 5.Desarrollo 6.Metas 7.Justicia social. ISBN 9 24 356298 3 (Clasificación NLM: WA 530.1). Organización Mundial de la Salud 2005
- Organización Panamericana de la Salud, La salud en las Américas, Volumen Regional, Washington DC, 2007, Disponible en <http://www.paho.org/hia/vol1regional.html>
- Ramos S, Romero M, Karolinski A, Mercer R, Insua I, del Río Fortuna C. Para que cada muerte materna importe, CEDES y Ministerio de Salud. Buenos Aires, 2007.
- Shah IH, Say L. Maternal mortality and maternity care from 1990 to 2005: uneven but important gains. *Reprod Health Matters*. 2007 Nov; 15(30):17-27.
- WHO: Reduction of Maternal Mortality, A joint. WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank Statement, Ginebra, 1999. World Health Day 1998. WHD 98.2, Ginebra, 1998. World Health Organization: Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank, Ginebra, 2007. Disponible en [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596213\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596213_eng.pdf)

## ANEXO I

Tabla 1

Indicadores relacionados con la salud reproductiva en la Argentina, jurisdicciones y países seleccionados de la región latinoamericana.

	Argentina		Países L.A.	
	Total país	Regiones internas	Chile	Uruguay
RMM x 100.000 NV último año disponible (Ministerio de Salud 2009; DEIS 2007; Ministerio de Salud Pública 2010)	40,0		19,8	15,0
Riesgo acumulado de muerte materna (WHO, 2007) <sup>4</sup>	1:530		1:3200	1:2100
Tasa global de fecundidad (OPS, 2009)	2,2		1,9	2,1
Tasa global de fecundidad: tasa nacional, mínimo y máximo (OPS, 2009)	2,2	1,4 (CABA) - 1,3 Misiones		
Porcentaje de partos institucionales: nacional, mínimo y máximo (Ministerio de Salud, 2009)	99%	96% Formosa - 100% CABA		
Porcentaje de partos atendidos por personal 5 calificado: nacional, mínimo y máximo (Ministerio de Salud, 2009)	99%	96 % Formosa - 99 % CABA		
Cinco Controles prenatales o más durante el último embarazo: nacional, mínimo y máximo (Ministerio de Salud, 2006) <sup>6</sup>	88,5%	NEA 73,0% - Patagonia 94,7%		
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos (Ministerio de Salud, 2006) <sup>7</sup>	78,3%	NOA 68,8% Patagonia 83,9%		

Fuente: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. La situación de la mortalidad materna en la Argentina. Buenos Aires: en: [http://www.ossyr.org.ar/hojas\\_informativas/hoja1.asp](http://www.ossyr.org.ar/hojas_informativas/hoja1.asp)

LISTA DE GRUPOS DE CAUSAS	CODIGOS CIE 10 REVISION
<b>EMBARAZO TERMINADO EN ABORTO</b> Embarazo ectópico, mola hidatiforme, aborto espontáneo, aborto médico, aborto no especificado e intento fallido de aborto	O00 a O07
<b>CAUSAS OBSTÉTRICAS DIRECTAS</b>	
- <b>Hipertensión</b> Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio	O10 a O16
- <b>Hemorragia ante parto y del parto</b> Placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y hemorragia ante parto	O44 a O46
- <b>Hemorragia postparto</b>	O72
- <b>Sepsis puerperal</b> Sepsis y otras complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio	O85 a O92
- <b>Tétanos obstétrico</b>	A34
- <b>Otras causas directas</b> Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo y posibles problemas; del parto, complicaciones del trabajo de parto y del parto y otras afecciones obstétricas	O20-O29; O30-O43; O47-O48-O60 a O71; O73 a O75; O95
<b>CAUSAS OBSTÉTRICAS INDIRECTAS</b>	
- <b>Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana</b>	B20 a B24
- <b>Otras causas indirectas</b>	O98-O99

## ANEXO II

Región: se define como un espacio cuyos límites son indefinidos, pero en los que se comparten aspectos naturales ecológicos, geográficos, socioeconómicos culturales e históricos relevantes y comunes. Regiones de Argentina: **Regiones:** **Cuyo:** San Juan, Mendoza, San Luis; **Noreste:** Corrientes, Chaco, Formosa, Misiones; **Noroeste:** Catamarca, La Rioja, Jujuy, Salta, Santiago del Estero, Tucumán; **Pampeana:** Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, La Pampa, Santa Fe; Patagónica: Chubut, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz, Tierra del Fuego

<sup>1</sup> Organización Mundial de Salud OMS (1997). Muerte materna: es la defunción de una mujer durante la gestación, el parto o durante los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de su localización anatómico-fisiológica, relacionada o agravada por el proceso de embarazo mismo, del parto, el puerperio o su atención. (CIE-10ma. Códigos O.00 – O.94). Muerte materna tardía se refiere a la defunción de una mujer entre los 42 y hasta los 365 días después de la terminación de la gestación (CIE-10ma. Código O.96). Muerte materna relacionada con la gestación: aquellas que ocurren durante o hasta los 42 días de terminada la gestación por causas no especificadas (CIE-10ma. Código O.95). Clasificación Internacional de Enfermedades Décima. OMS, 1990 (CIE-10ma). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision. Vol 1s Tabular list. Vol 2: Instruction manual. Geneva: WHO; 1992.

<sup>2</sup> INDEC. Resultados publicados en Informe de Prensa país (EPH, 2° trimestre 2012)

<sup>3</sup> FNUAP-Fondo de Apoyo de Naciones Unidas para Población (2005). *Maternal mortality*, Reproductive Health fact sheet (Nueva York). Este derecho se refleja en los tratados y las convenciones internacionales sobre derechos humanos, así como en los convenios de conferencias de las Naciones Unidas. Los países de ALC América Latina y el Caribe son signatarios de dichos acuerdos.

<sup>4</sup> Organización Panamericana de Salud. Programa Regional de Salud Materno-Infantil. Fascículo IV. Serie Mortalidad Materna b y c. Washington (DC); 1989.

<sup>5</sup> Arriaga, Eduardo E.: Ph.d: “Significados distintos de la mortalidad materna”, AEPA, 2003.

<sup>6</sup> Mahler, Halfdan Thomas (1987). Discurso inaugural en la Conferencia de Maternidad sin Riesgo. Nairobi, África.

<sup>7</sup> Fathalla, M. “El largo camino a la muerte materna”, en People, vol. 14, N° 3, 1987, citado en “Para que cada Muerte Materna Importe”, CEDES, 2004. Pág. 25.

<sup>8</sup> OPS (PAHO) Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas: Tema 5.9 del Programa Preliminar de la XXIII-Conferencia Sanitaria Panamericana, XLII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, D. C., 1990. Documento CSP23/10(Esp.) 20/07/1990. Reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas: Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe. Washington D.C.: PAHO, 2003. ISBN 92 75 32487 5. Organización Mundial de la Salud (2005). La salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. ISBN 9 24 356298 3 (Clasificación NLM: WA 530.1).

<sup>9</sup> WHO (OMS): World Health Day 1998, WHD 98.2, Geneva (Ginebra), 1998.

<sup>10</sup> Presidencia de la Nación Argentina. Informe Objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio de Argentina (2003). “La oportunidad para su re-encuentro” se explicita el nivel de la Tasa de Mortalidad Materna en 1990 y 2000. Asimismo se enuncia la meta “...reducir en 2/3 la tasa de mortalidad materna y en un 20% la desigualdad entre provincias entre 1990 y 2015...” (2003). Págs. 43-47. Asimismo, el Presidente de la Nación, Dr. N. Kirchner, se ubica entre los primeros líderes de la región dispuestos a comprometerse con políticas que, según se desprende de actos y definiciones del gobierno argentino, resultan claves para el desarrollo humano. Estos Objetivos tienen una gran significación. Son las aspiraciones del progreso que para dentro de doce años el país pretende para toda su ciudadanía. Para su concreción se requiere un amplio debate acerca de las estrategias y las políticas que en cada localidad, en cada provincia y en cada región del país debe adoptarse para que esa aspiración sea una realidad”. Discurso Inicial. Págs. 1-7. Documento publicado Presidencia de la Nación.

<sup>11</sup> INDEC. [www.indec.mecon.gov.ar](http://www.indec.mecon.gov.ar). Anuarios y Serie Estadísticas Vitales. Mo. de Salud (1980-2010). OPS, 2003- 2009.

<sup>12</sup> Shah IH, Say L. (2007). Maternal mortality and maternity care from 1990 to 2005: uneven but important gains. *Reprod Health Matters*. 2007 November;15(30):17-27.

<sup>13</sup> Tasa global de fecundidad: se define como el número de hijos que en promedio tendría una mujer de una cohorte hipotética de mujeres, que durante su vida fértil, tuvieran sus hijos de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad del contexto-período en estudio y no estuvieran expuestas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del período fértil. Su cálculo se logra a través de la sumatoria de las tasas específicas de fecundidad por grupos quinquenales de edades de las mujeres entre 15 y 49 años, multiplicado por 5. Las tasas específicas se calculan mediante el cociente entre el total de hijos tenidos por las mujeres de un grupo quinquenal y el total de mujeres de ese grupo de edades. Véase "Técnicas Indirectas de Estimación Demográfica", Manual X de Naciones Unidas, 1986 1era. edición y actualizaciones recientes de CEPAL - NU).

<sup>xiv</sup> Arriaga, Eduardo E.: Ph.d: “Significados distintos de la mortalidad materna”, AEPA, 2003.