

Salud reproductiva en mujeres pobres de la Provincia de Buenos Aires

María Susana Ortale (1) y Adelaida Rodrigo (2)

- (1) Antropóloga; Investigadora Adjunta CIC-PBA e integrante del CEREN; Investigadora del Centro Interdisciplinario en Metodología de las Ciencias Sociales (CIMECS) de la Fac. de Humanidades y Ciencias de la Educación UNLP.
- (2) Pediatra; Investigadora Principal CIC-PBA. Directora del Centro de Estudios en Rehabilitación Nutricional y Desarrollo Infantil (CEREN) dependiente de la Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires (CIC-PBA).

1. Introducción

Los resultados que se presentan forman parte de un estudio más abarcativo llevado a cabo en el año 2003 sobre patrones de crianza en familias beneficiarias de programas sociales que residen en el conurbano bonaerense¹.

En este trabajo se presentan aspectos relacionados a la salud de las mujeres en edad fértil tales como el control reproductivo, la fecundidad, la edad al primer embarazo, el control y los cuidados durante el embarazo y el control posparto.

En la Argentina, la relevancia pública de la salud sexual y reproductiva tuvo lugar en la década del '90. La falta de una política pública explícita se debió a las restricciones normativas sobre planificación familiar vigentes desde la década del '70 hasta mediados del '80 y a la ausencia de un debate social que ubicara los intereses y derechos de las mujeres en el centro de la agenda pública².

Pese a la adhesión a la CEDAW³ (Artículo 12) así como la proliferación reciente de programas de salud sexual y reproductiva, en el contrainforme 2002 de la CEDAW⁴ se destaca la permanencia de situaciones que afectan el derecho de las mujeres en este campo.

Con base en la legislación nacional (Ley 25673), el programa de salud sexual y procreación responsable está vigente desde mayo de 2003. La salud sexual y los derechos reproductivos propician la posibilidad de que los individuos y las parejas vivan sus experiencias sexuales placenteras, libres de temor a embarazos no planeados y a las enfermedades de transmisión sexual. Esto supone la capacidad y posibilidad de tomar decisiones informadas acerca de la fertilidad, los embarazos y partos, la salud ginecológica y sexualidad, acceder a recursos para llevar adelante tales decisiones en forma segura y efectiva (Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo⁵). Sin embargo, la problemática aún se encuentra transitando de una situación homogéneamente restrictiva a otra caracterizada por cambios institucionales y aperturas ideológicas, que no siguen una trayectoria lineal².

Asimismo, ella está profundamente marcada por desigualdades de género, sociales y generacionales, que trazan riesgos médico-sanitarios diferenciales y expresan estructuras de oportunidades que la sociedad y el estado brindan a sus habitantes.

Las diferencias en los comportamientos demográficos y en el acceso a los servicios de salud y educación de la población según su ubicación en la distribución de los ingresos se traducen en diferenciales de fecundidad, fecundidad adolescente y mortalidad materna entre otros^{2,6}.

Los distintos procesos que se dan en la etapa reproductiva de las mujeres son centrales no sólo en términos de la salud, sino también de la identidad y de los vínculos sociales. Asimismo, ellos repercuten de manera directa en la salud infantil. Es el momento donde

comienzan a generarse las condiciones que favorecerán el desarrollo integral de las personas en tanto impulsen la provisión oportuna y adecuada de atenciones y recursos que promueven el crecimiento, la salud y estimulan la exploración, la autonomía y el aprendizaje⁷.

Así, la vulnerabilidad de los derechos de las mujeres a la salud sexual y reproductiva, entran en tensión con los derechos del niño.

En los últimos años, desde organizaciones internacionales que trabajan en la salud maternoinfantil, surgieron y se desarrollaron nuevas tendencias y enfoques teóricos con criterios integradores que recuperan la noción de crianza. Según J. Evans⁸ “la creciente atención internacional que el tema está suscitando responde a la toma de conciencia de que la salud, el desarrollo intelectual, emocional y físico, la socialización y la adquisición de cultura son elementos que se influyen recíprocamente y están presentes en todos los aspectos de la vida de un niño pequeño”.

Dentro del enfoque de la crianza, la salud reproductiva de las mujeres es parte significativa de su ciclo vital e incide en sus posibilidades de desarrollo personal y social así como en el desarrollo de la sociedad en su conjunto. En ese sentido, las prácticas de crianza adquieren fundamental importancia por ser el momento más crítico, no sólo para el crecimiento físico, sino también para la formación de la inteligencia, la personalidad y la conducta social. Numerosos estudios señalan que el nacer y crecer en un medio social desfavorable produce problemas en los niños que se traducen en una menor calidad de vida^{9, 10, 11, 12, 13, 14, 15} pudiendo tener efectos acumulativos y de larga duración o signar irreversiblemente a los individuos.

2. La situación en nuestro país

De los datos que aportan distintos trabajos^{2,5,6,16,17 18} se desprende que:

En 2001, la tasa de mortalidad materna de la Argentina fue de 43 por 100.000 nacidos vivos, con fuertes diferencias entre provincias Jujuy: 19,7 por 10.000 nacidos vivos; Ciudad de Buenos Aires 0,9. Estas tasas son bajas en comparación con otros países de la región pero elevadas si se considera la baja tasa de natalidad, la asistencia a controles prenatales y la elevada proporción de partos institucionales. Las complicaciones del embarazo, parto y puerperio son las principales causas de incapacidad y muerte entre las mujeres de quince a cuarenta y nueve años de edad. Las causas obstétricas directas dan cuenta de más de la mitad del total de muertes maternas, lo que indica que se trata de mujeres sanas que mueren por causas sólo relacionadas con el evento reproductivo y evitables si tuvieran acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. Esto, indudablemente, muestra problemas relativos a la cobertura y la calidad de los servicios de prevención y tratamiento.

En el 2001, el 31 % de las muertes maternas se debía a complicaciones de aborto. Asimismo,

excluyendo el parto normal, el 33% de los egresos hospitalarios por causas obstétricas se debió a abortos. De la mano de la crisis económica, la incidencia creciente del aborto inseguro deriva en altos niveles de morbilidad, habiendo aumentado en la última década ^{2,19}. Asimismo, se registra en los profesionales del sector, desconocimiento de normas y condiciones para la aplicación de la ley ⁵.

En cuanto al HIV/SIDA, se registra una rápida difusión entre la población femenina. Actualmente, el 24% de los casos notificados de SIDA corresponde a mujeres. La razón hombre-mujer pasó de 9,2 varones con SIDA por cada mujer en 1988. a 2,6 en septiembre de 2003. Esta feminización aumenta la probabilidad de contagio vertical.

También en la última década ha aumentado la tasa de mortalidad por cáncer de mama y cuello uterino. La alarmante incidencia de cáncer de cuello indica un serio problema en la cobertura del Papanicolau. Es elevado el porcentaje de deserción y abandono del tratamiento en mujeres con PAP positivo ⁵.

En la última década hubo un promedio anual de 4.830 muertes femeninas por cáncer de mama. Este tipo de cáncer es el que mayor número de muertes por tumores provoca entre las mujeres, representando el 44% del total de muertes femeninas por cáncer.

Respecto a la fecundidad, las mujeres argentinas tienen 2,4 hijos al final de su período fértil ²⁰. Los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida ¹⁶ dan cuenta del patrón diferencial según regiones y condiciones de pobreza.

El control reproductivo expresa las posibilidades y deseos de la pareja de decidir el número de hijos y su espaciamiento.

El riesgo para la salud de las embarazadas y su bebé y los problemas durante el parto aumentan si los nacimientos son muy seguidos; para el niño, el riesgo deriva de la mayor probabilidad de interrupción de la lactancia y el menor tiempo de dedicación de la madre.

Además del espaciamiento, los riesgos de anemia y hemorragias aumentan a partir del cuarto hijo ²¹. Las posibilidades de nacimientos prematuros, y/o con bajo peso se incrementan si el intervalo intergenésico es reducido. El bajo peso al nacimiento implica, a su vez, mayor probabilidad de crecer menos, de enfermarse más y riesgo de morir en el primer año de vida ²².

Algunos estudios indican que la proporción de mujeres con menos de 3 hijos es creciente a medida que se incrementa el nivel educativo y el nivel de ingreso per cápita familiar. En las mujeres con 15 años y más con primaria incompleta, el 60 % tiene 3 y más hijos, 29.3 % de las que tienen hasta secundaria incompleta presenta ese número de hijos, dicha cantidad de hijos presenta el 19.3 % de las mujeres que tienen secundaria completa y más ^{23, 24}.

Asimismo, el promedio de hijos de las mujeres de 45 a 49 años, indicador de la fecundidad al final de la vida fértil, permite observar que el bajo nivel educativo y la situación de pobreza se relacionan con niveles más elevados de fecundidad, situación que se registra en todas las jurisdicciones: las menos educadas y pobres duplican el número de hijos de las más

educadas y no pobres. Si la descendencia final estimada para 1991 fue de 2.8 hijos, esto representa que aquellas que presentan nivel educativo más bajo tienen en promedio 4 hijos y las de niveles superiores 2.1 hijos. Las diferencias según condición NBI -o no- del hogar de la mujer son de 4.8 vs. 2.8 ¹⁷.

La tendencia de la tasa de fecundidad entre 1980 y el 2000, muestra que, durante el quinquenio 90-95, la tasa de fecundidad es de 2.83 hijos, más baja que el 3.15 de 80-85 y las proyecciones prevén que descenderá a 2.3 en el quinquenio 2005-2010 (UNIFEC/INDEC ¹⁷ 2000).

Uno de los problemas vigentes en nuestro país se relaciona con los embarazos de las mujeres menores de 20 años, en tanto los riesgos -tanto para la madre como para el niño- aumentan.

La proporción de hijos nacidos vivos de madres adolescentes indica una evolución del 13.5 % del total de los nacimientos en 1980, al 14.9 % en 1991 y al 16.2 % en 1998. Es decir que una proporción significativa de niños nacen de madres jóvenes, con gran vulnerabilidad si pertenecen a sectores pobres ¹⁷. La fecundidad adolescente es relativamente alta en relación con el nivel general de fecundidad. Los datos más recientes muestran una tasa de 59 por mil ⁵.

Pese a este panorama, la aplicación de las normas de salud reproductiva a los adolescentes fue cuestionada judicialmente en varias oportunidades y en distintas jurisdicciones ⁵.

Respecto al control reproductivo, el 60% de las mujeres de aglomerados urbanos utiliza algún método anticonceptivo¹⁶. La Encuesta Permanente de Hogares (EPH) incluyó en mayo de 1994 un módulo especial centrado en la salud de los niños y de las mujeres en edad fértil a fin de monitorear las metas de salud materno-infantil propuestas para el año 2000. Sus datos permiten tener a nivel poblacional, información sobre anticoncepción en mujeres en edades fértiles que tienen relaciones sexuales (incluido el control del ritmo menstrual). El porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que controlaron su natalidad fue en el conurbano del 62 % (10 puntos menos que en la ciudad capital). Desagregado por edad, se observa que la mayor utilizan algún método de anticoncepción se registra en las mujeres de 30 a 39 años (71%).

Sin embargo, cabe destacar que si bien el 55 % de las adolescentes manifestaron tener relaciones sexuales, el 40 % de ellas no utilizaban métodos anticonceptivos ². El 70 % de las adolescentes primerizas no buscó ni deseó tener ese hijo (CEDES/MSAN, cit. Por Faur y Gherardi, 2005).

Según la EPH ²⁵, la brecha en el uso de anticonceptivos es marcada según nivel educativo y condición de pobreza del hogar de la mujer.

En los embarazos, es importante que las mujeres, su pareja y otros familiares conozcan la necesidad de cuidados y la importancia de los controles regulares en un centro de salud.

Las consultas tardías o insuficientes incrementan significativamente el riesgo de tener complicaciones ¹⁹.

En términos generales las normativas provinciales consideran que un adecuado y eficaz control del embarazo debe ser: precoz (efectuado en el primer trimestre del embarazo); periódico (si bien la frecuencia variará de acuerdo al riesgo, en los embarazos sin complicaciones se recomienda un control mensual); completo (las acciones del control deben incluir prevención, promoción, protección, atención, recuperación); de amplia cobertura (que llegue a todas las mujeres embarazadas a fin de evitar morbilidad materno-infantil) ¹⁸. Está pautado que durante todo el embarazo se realicen al menos cinco controles.

La oportunidad del primer control también fue considerada en el módulo de monitoreo de la EPH. En el área metropolitana el 84.3% iniciaron el control del embarazo antes del tercer mes, las diferencias son de 71.7% en mujeres de hogares NBI y 91.2% de hogares no NBI. La Encuesta sobre Condiciones de Vida ²³ muestra que, en el grupo de mujeres de hasta 3 meses de embarazo, el 19% no ha realizado ningún control del mismo.

Hay que tener en cuenta, no obstante, que pese a su medicalización en pos de la salud de la madre y el niño, el embarazo no es una enfermedad. Es una etapa en la vida de la mujer y de la familia que necesita cuidados especiales y en la cual la orientación y las recomendaciones a la embarazada y su entorno inmediato sobre alimentación y otros hábitos de consumo son fundamentales para su bienestar y el de su hijo.

Todas estas consideraciones constituyen el encuadre a partir del cual se analizan e interpretan los hallazgos del estudio.

3. Metodología

La información referida a los cuidados de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, se obtuvo de preguntas realizadas a través de una encuesta diseñada ad hoc, a embarazadas primerizas y madres de niños entre 0 y 12 meses. Fueron encuestadas 733 mujeres: 215 embarazadas y 518 mujeres, madres de niños de 0-12 meses residentes en veinte barrios correspondientes a once distritos del conurbano bonaerense: Ensenada, Esteban Echeverría, Florencio Varela, General Rodríguez, Hurlingham, Ituzaingó, Morón, Pilar, San Fernando, San Nicolás y Tigre.

Las variables consideradas se combinaron en dos índices cuyos indicadores fueron normalizados a través de una puntuación (se asignó el valor 0 cuando su respuesta no se ajustó a las normativas y 1 cuando fue considerada adecuada a las normativas vigentes), resultado de la apoyatura teórico metodológica y de las normativas nacionales e internacionales. Con esta lógica los resultados fueron agrupados de acuerdo con una escala

ordinal según el grado de adecuación de las prácticas y creencias en: adecuadas, regulares e inadecuadas.

Dentro del índice “Control reproductivo” se ponderan 6 variables: control ginecológico, control de la natalidad, oportunidad del primer control del embarazo, número de controles, control postparto y oportunidad del mismo. Así, el puntaje máximo que puede obtener una mujer en este indicador es de 6 puntos. Con base en él, se definieron tres categorías: prácticas adecuadas (concentran 5 y 6 prácticas con puntajes positivos); prácticas regulares (corresponden a los casos que presentan 3 y 4 prácticas positivas); prácticas inadecuadas (presentan sólo hasta 2 prácticas con puntaje positivo).

Dentro del índice “Cuidados durante el embarazo” se ponderan 7 variables: tabaquismo, recepción de hierro, recepción de vitaminas, preparación para la lactancia en servicios de salud, recepción de materiales informativos sobre lactancia, instrucción informal sobre lactancia, ayuda especial de otros en tareas del hogar durante el embarazo. Los casos mejor posicionados son aquellos que obtienen 7 puntos. De la misma manera que para el caso anterior las categorías que resultan de los puntajes globales son: cuidados adecuados (concentran 6 y 7 variables con puntajes positivos); cuidados regulares (corresponden a los casos que presentan 4 y 5 variables con puntajes positivos); cuidados inadecuados (presentan sólo hasta 3 prácticas con puntaje positivo).

La información resultante fue analizada a través de la aplicación de técnicas estadísticas descriptivas e inductivas.

En la presentación de los resultados se comparan, en primer lugar, las variables analizadas con resultados de otros estudios. En segundo lugar, se exponen las tendencias que se desprenden de los Índices correspondientes a “Control reproductivo” y “Cuidados durante el embarazo”.

4. Resultados

Cabe señalar que del total de mujeres, el 66% realiza regularmente **controles ginecológicos**; mientras que el porcentaje restante no lo hace regularmente o no lo ha hecho nunca.

Con relación al **número de hijos** convivientes, el promedio para toda la población encuestada es de 2.73: el 29 % tiene sólo un hijo; una cuarta parte dos hijos, el 19 % tres hijos y el porcentaje restante cuatro y más.

Ahora bien, tal como señalan otros estudios^{18, 19, 20} y considerando ahora el total de mujeres encuestadas, se desprende que el nivel educativo de la madre y el número de hijos arroja diferencias altamente significativas (Tabla 1).

Tabla 1. Número de hijos según nivel educativo de la madre

	Primaria Inc.	Primaria compl.	Secundaria Incompl	≥ Sec. completa	Total
1-2 hijos	53	256	237	213	759
3-4 hijos	46	231	84	66	427
5 y más hijos	45	108	37	9	199
Total	144	595	358	288	1385

Fuente: Diagnóstico basal del Plan Más Vida (CEREN/CIC-PBA, 2003)

Chi= 139,76; p= 0,000

La mayoría de las mujeres, el 73 %, utiliza algún **método para evitar los embarazos**, apareciendo un 17 % de casos que no desean controlar su natalidad, un 5% que no lo necesitan por diversas razones y un 3 % que lo desea pero no tiene acceso a los medios. Pocas son las mujeres que desconocen cómo controlar la natalidad: sólo el 0.5 %.

De aquellas que controlan la natalidad, el 43.5 % utiliza pastillas anticonceptivas; casi idéntico porcentaje, 43% usa habitualmente preservativos, un 5% tiene dispositivo intrauterino (DIU) y el porcentaje restante utiliza otros métodos anticonceptivos.

En cuanto a la **edad de las mujeres en el primer embarazo**, se destaca que el 47 % de ellas tuvieron su primer embarazo a los 18 años o a edades inferiores. Un 20 % se concentra en los 19 y 20 años y los casos restantes en edades superiores. Cabe señalar que muy pocas -el 16 %- tuvieron su primer embarazo a partir de los 23 años. La edad promedio del primer embarazo es de 20.07 con un DS de 8.75.

La maternidad adolescente es un fenómeno que responde a diversos factores vinculados con la sexualidad y con las posibilidades y conocimientos de uso adecuado de métodos anticonceptivos. Estos factores responden a la pertenencia social y al nivel educativo de las jóvenes. Como se desprende también de otros estudios, la edad al primer embarazo arroja diferencias altamente significativas en relación al nivel educativo de la mujer (Tabla 2).

Tabla 2. Nivel educativo de la mujer según edad al primer embarazo

	≤ 19 años	≥ 20 años	Total
Prim. Incompleta	51	21	72
Prim. Completa	178	99	277
Sec. Incompleta	125	77	202
Sec. Comp. y más	77	88	165
Total	431	285	716

Fuente: Idem Tabla 1

Chi²= 18,15; p= 0,0004

En lo que hace al **número de embarazos**, un tercio del total de mujeres encuestadas ha tenido 4 o más embarazos: Una cuarta parte (26.5%) registra sólo un embarazo, el 23 % dos embarazos y el 17 % tres.

El promedio de embarazos de las mujeres que tienen algún hijo menor de 12 meses es de 3.12 con un DS de 2.15. En esta submuestra se presentan diferencias estadísticamente significativas entre nivel educativo materno y número de embarazos (Chi= 16,28; p= 0,012).

La salud de las mujeres embarazadas y los niños recién nacidos está relacionada con las posibilidades de acceso a la atención médica durante el embarazo.

La casi totalidad de las mujeres encuestadas (97%), controló su último embarazo.

El Centro de Salud del barrio es el lugar utilizado por el 67% de las mujeres para realizarse los controles; el 20 % se controló en la maternidad de hospitales públicos y el resto (13 %) en instituciones de la obra social o privadas.

El 80 % de las mujeres ha realizado oportunamente el control de su último embarazo: el 29 % hizo su **primer control** durante el primer mes de gestación; el 30 % en el segundo y el 21 % en el tercer mes. Se registra, por lo tanto, un 20 % de mujeres cuyo primer control del embarazo se realizó tardíamente.

Respecto al número de controles (excluyendo las mujeres que están cursando el embarazo y considerando sólo las mujeres que responden con relación al embarazo de su último hijo menor de un año), observamos que el 96,5 % ha realizado 5 y más controles de embarazo.

Asimismo, si combinamos este indicador con el mes de inicio del control, surge que el 79.3 % ha tenido embarazos adecuadamente controlados, es decir, con 5 y más controles iniciados en el tercer mes o antes de gestación (Tabla 3).

Tabla 3. Cantidad de controles según mes de gestación en que comenzó los controles de embarazo

N° de controles de embarazo	Mes de gestación					
	Hasta el 3° mes		A partir del 4° mes		Total	
	n	%	n	%	n	%
Hasta 4 controles	3	0.7	15	14.7	18	3.5
5 o más controles	403	99.3	87	85.3	490	96.5
Total	406	100	102	100	508	100

Fuente: Idem Tabla 1

En cuanto a los **cuidados especiales durante el embarazo**, se registra en primer lugar que más de la mitad de las mujeres, el 59 %, nunca ha fumado; poco más de la cuarta parte

(26%) dejó de *fumar* durante el embarazo y el 15 % restante continuó fumando durante esa etapa. Si consideramos sólo a las fumadoras, se puede afirmar que el 64 % dejó de fumar mientras que el resto continuó con el hábito durante el embarazo.

El número de cigarrillos diarios consumidos por aquellas que continuaron fumando durante el embarazo fue de tres o menos en la mitad de los casos.

En lo que hace a la *alimentación*, la información refiere a los conocimientos y no a las prácticas de alimentación durante el embarazo. Las respuestas dadas trazan un perfil de conocimientos adecuados respecto de las necesidades nutricionales durante el embarazo. Así, los alimentos que las informantes consideran indispensables consumir durante esta etapa son los lácteos, carnes -de vaca o pollo-, frutas, verduras. Las legumbres, huevos, cereales, harinas y pescado son escasamente mencionados.

En cuanto al *apoyo familiar*, las tres cuartas partes de las mujeres refiere que, durante el embarazo, recibe colaboración en las tareas domésticas.

De ellas, las tres cuartas partes reconoce que la ayuda que le brindan es mucha y la cuarta parte restante afirma que la colaboración es escasa. La persona que ayuda a las mujeres durante el embarazo es, en la mitad de los casos, algún familiar adulto (madre/padre/hermana), el cónyuge se menciona en poco más de un tercio de casos (36%) y los hijos en el 11 %.

Llama la atención, pese a los esfuerzos y a las campañas desarrolladas para promover la lactancia materna, que el 56 % de las mujeres refiere no haber recibido información y/o preparación para el amamantamiento durante el control del embarazo.

En el mismo sentido, una proporción aún mayor: el 69 % no ha recibido cartillas o materiales informativos sobre lactancia materna.

La fuente de información más relevante es la charla informal con otras mujeres (familiares, vecinas, trabajadoras vecinales), apareciendo en el 44 % de los casos.

Asimismo, la contribución del sector salud en el *fortalecimiento nutricional*, evidencia que la entrega de hierro durante los controles del último embarazo de las encuestadas se verifica en poco más de la mitad de las mujeres (53 %), el 46 % no recibió tal suplemento y la mayoría, el 65 %, no recibió aporte de vitaminas en los servicios de salud.

El **parto** ha sido institucional en todos los casos pero sólo el 71 % de las mujeres realizaron **control post-parto** luego de su último embarazo; el resto no volvió a control luego del parto.

De las que realizaron control posparto, el 51 % lo hizo a los 10 días del parto o antes; una proporción cercana al 34 % lo hizo luego del décimo día y antes del mes del parto; el porcentaje restante lo hizo con posterioridad al mes del parto. Teniendo en cuenta la normativa de control posnatal se desprende que la mitad realizó control posparto oportunamente.

Índices integrados

Retomando algunas variables relevantes -cuyos resultados se desarrollaron en el punto anterior- y realizando una categorización global, obtenemos, para el caso del Índice Integrado “Control reproductivo”, que el 34,7 % de las mujeres presentan prácticas adecuadas de atención vinculadas a la salud reproductiva (Tabla 4).

Del conjunto de variables, las que arrojan una mayor proporción de respuestas adecuadas son las que se relacionan con la oportunidad y el número de controles de embarazo. Los controles ginecológicos regulares y el control postparto representan las variables con menor proporción de prácticas adecuadas.

Tabla 4. Índices Integrados “Control Reproductivo” y “Cuidados durante el embarazo”

	Control reproductivo		Cuidados durante el embarazo	
	N	%	N	%
Inadecuado	161	22.0	355	48.7
Regular	318	43.4	265	36.4
Adecuado	254	34.7	108	14.8
Total	733	100	728	100

Respecto del Índice “Cuidados durante el embarazo”, se desprende que sólo el 14.8 % de las mujeres presenta cuidados adecuados. La mayoría de las mujeres carece de algunos componentes fundamentales para el necesario y adecuado cuidado de su embarazo (Tabla 4).

Dentro del conjunto de variables incluidas en este índice, los cuidados no institucionales (autocuidado y cuidado de familiares, vecinos, allegados) presentan los valores positivos más altos.

Los cuidados ofrecidos por las instituciones de salud u otras, sean a través de la entrega de suplementos nutricionales o bien a través de información y preparación para la lactancia, se registran en la mitad de los casos o menos, destacándose la baja incidencia de la promoción de la lactancia materna.

Las categorías de este índice, a diferencia del índice anterior, muestran una relación altamente significativa con el nivel educativo de las madres ($p=0.007$; $\chi^2=8.50$)

5. Comentarios y conclusiones

En el país, el 39 % de las mujeres en edad fértil carece de afiliación y cuentan con el subsector público como principal vía de acceso al servicio de salud, grupo históricamente demandante de servicios por la oferta brindada por los Programas Materno Infantiles nacionales y provinciales ²⁰ (SIEMPRO/INDEC ²⁵). En esta situación se encuentra la casi totalidad de las mujeres del estudio, quienes acceden a una atención deficiente por la escasez, entre otras, de medicamentos e insumos básicos de diagnóstico, tratamiento y prevención.

El índice integrado de control reproductivo evidencia la presencia de poco más de un tercio de mujeres con prácticas adecuadas. Asimismo, el índice integrado de cuidados durante el embarazo muestra que sólo una minoría de mujeres, el 15 %, presenta cuidados satisfactorios.

De la información desagregada que ellos incluyen, se destaca que un tercio de las mujeres no realiza controles ginecológicos, por lo cual es necesario enfatizar su importancia en las mujeres en edad fértil y proveer recursos a los servicios de salud para su adecuada realización.

El inicio de los embarazos durante la adolescencia representa la situación de más de la mitad de las mujeres: el 47 % tuvo su primer embarazo a los 18 años y menos; un 20 % entre los 19 y 20 años.

El promedio de embarazos es de 3.12, elevado si se lo compara con datos de otros estudios y si se considera que se trata de mujeres alejadas de finalizar su etapa reproductiva. Podemos afirmar que los resultados difieren de las proyecciones realizadas para el quinquenio 2005-2010 y superan las encontradas en el período 90-95.

La aprobación de la ley de salud reproductiva sancionada en el 2002, junto con el desarrollo de campañas de educación sexual, posibilitarán un mejor control de la fecundidad (número, espaciamiento y edad de inicio de los embarazos) y contribuirán a reducir las enfermedades de transmisión sexual.

Un 3 % de las mujeres no ha controlado su último embarazo. Dentro de las que lo hicieron, el 80 % ha tenido un adecuado control de su último embarazo, tanto en términos de oportunidad como de cantidad de controles.

En este sentido es fundamental procurar que la totalidad de las embarazadas realicen controles oportunos y suficientes a fin de evitar complicaciones durante el parto y asegurar su salud y la del bebé.

Otro aspecto que merece destacarse refiere a que la mitad de las mujeres no recibió hierro ni vitaminas como suplemento nutricional durante su último embarazo y tampoco información sobre la importancia de la lactancia ni cómo prepararse para su práctica.

Estos resultados indican la necesidad de reforzar los recursos y la información brindada en los controles del embarazo a fin de prevenir la anemia, mejorar la nutrición de la madre y el bebé y mejorar el inicio y mantenimiento de la lactancia materna.

Si bien la casi totalidad de los partos han sido institucionales, una cuarta parte de las mujeres no ha realizado el control posparto, y de las que han realizado control, la mitad lo ha hecho tardíamente.

La provisión de cuidados familiares a la puérpera y el oportuno control post-parto reduce riesgos para su salud (infecciones genitourinarias) y la de su bebé.

La situación expuesta refleja la ausencia de una política pública de prevención y las limitaciones del sistema de salud.

Es preciso identificar las deficiencias en la calidad de la atención, con énfasis en aquellos aspectos referidos a información, comunicación y relación interpersonal entre el equipo de salud con la paciente/usuario.

Del diagnóstico obtenido surge la necesidad de implementar propuestas y programas destinados a las madres e hijos en situación de riesgo, que incluyan acciones conjuntas tendientes a:

- Incorporar en la formación de grado y posgrado de los profesionales de la salud el enfoque de derechos.
- Incorporar en todas las escuelas del país asignaturas sobre salud sexual y reproductiva.
- Promover en todos los sectores y en la comunidad en su conjunto, el conocimiento de los derechos a la salud en general y en particular a la salud sexual y reproductiva.
- Reforzar calidad y cobertura de los servicios de salud, reasignando recursos con criterios de prevención, promoción y de necesidades regionales/locales.
- Enfatizar actividades para lograr controles ginecológicos, de embarazo y posparto regulares.
- Mantener y extender la oferta de servicios y recursos para controlar la natalidad.
- Aportar suplementos nutricionales específicos para las embarazadas.
- Promover consejerías de lactancia materna e incrementar acciones para su sostén no centradas exclusivamente en las madres.
- Mejorar los cuidados de la embarazada en el hogar: concientizar a las mujeres, a sus parejas y a su entorno sobre la importancia de cuidados especiales, de una redistribución de roles en el hogar y de asumir/compartir la carga del trabajo doméstico.

Referencias bibliográficas

1. Rodrigo, Ortale, Vojkovic y Sanjurjo (2005) *Patrones de crianza en población beneficiaria de un plan social. Línea de base de la Evaluación de Impacto del Plan Más Vida*, Comisión de Investigaciones Científicas de la Pcia, de Buenos Aires (en prensa).
2. Gogna, M (comp.) (2003) *Las reformas en el sector salud en la Argentina y Chile*, CEDES/BID, Buenos Aires
3. ONU Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.
4. Contra Informe de la CEDAW.
5. Faur, L y Gherardi, N. (2005) 'Sexualidades y reproducción: la perspectiva de los derechos humanos', en *Informe sobre género y derechos humanos Vigencia y respeto de los derechos de las mujeres argentinas*, Equipo Latinoamericano de Justicia y Género CELA, Ed. Biblos, Bs. As.
6. Paganini, JM y Etchegoyen, G (2004) *Mortalidad materna y perinatal. Evaluación de Impacto de los Programas de Salud*. Ministerio de Salud y Ambiente, (CONAPRIS), Bs. As
7. Rodrigo, MJ y Palacios, J (coords) *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza ed., 1998
8. Evans, J. (2000) Evans J., Myers, R., Ilfeld, E. (2000) "*La primera infancia cuenta*". Ed: Banco Mundial Washington .
9. Myers, R. (1992) "*The Twelve Who Survive*", Strengthening Programmes of Early Childhood Development in the Third World. London: Routledge.
10. Myers RG Los doce que sobreviven. Publ.Cient. N°545. Washington DC: OPS-UNICEF-TACRO, 1993.
11. Schafer, HR (1994) "*Decisiones sobre la infancia*". Madrid. Aprendizaje-Visor.
12. Lautrey J "Clase social, medio familiar e inteligencia". España: Visor, 1985
13. Piacente T., Talou, C., Rodrigo, M.A. (1990) "*Piden pan...y algo más. Un estudio sobre crecimiento y desarrollo*". UNICEF ed. Siglo XXI. Bs. As.
14. Kotliarenco M. A., Cáceres I. y Fontecilla M. (1997) "*Estado del Arte en Resiliencia*". Santiago, Edición conjunta Organización Panamericana de la Salud/Fundación Kellogg/Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo.
15. Alvarez, M. de la L. *Familia y pobreza. Un estudio generacional*. Santiago de Chile: ed. Univ. de Santo Tomás, 1996.
16. SIEMPRO 2001
17. UNICEF/INDEC (2000): *Situación de las mujeres en la Argentina*. Serie Análisis Social 1, Bs. As.
18. Ministerio de Salud de la Nación/UNICEF (2001) "*Repercusiones de la anemia en distintas etapas de la mujer*", Buenos Aires.

19. Ministerio de Salud de la Nación/OMS/OPS (2003) "*Situación de Salud en Argentina*" Bs. As.
20. INDEC (2003): La salud a través de las encuestas de hogares en la Argentina. Serie perfil de Condiciones de Vida N° 2, Bs. As.
21. UNICEF/WHO/UNESCO/UNFPA (1993). *Facts for Life*. A Communication Challenge, P&LA ed; UK.
22. Schwarcz, R. (1999) "*Maternidad segura en Argentina*"; en O'Donnell y Carmuega (comp.) Hoy y mañana Salud y calidad de vida de la niñez Argentina, CESNI, Bs. As.
23. SIEMPRO 1997
24. SIEMPRO (2000) "La situación de la infancia: análisis de los últimos diez años" Serie de Informes de Situación Social, N°3, Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente de la Nación.