

CAPÍTULO 8

INEQUIDADES EN SALUD: EL CASO DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL EN LA ARGENTINA

Daniela Guberman¹ Mariana Romero²

SECCIÓN 1. ¿QUÉ ES LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA? ¿POR QUÉ ES UN ÁREA TEMÁTICA RELEVANTE EN LA ARGENTINA?

INTRODUCCIÓN

El campo de la salud sexual y reproductiva es un campo conformado recientemente. Su primera definición data de finales de la década del 80. Unos años más tarde, la definición y sus alcances fueron convalidados por el consenso de los países que integran las Naciones Unidas en los documentos relativos a la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo de 1994 (NU, 1995) y en la Conferencia Internacional sobre la Mujer realizada en Beijing en 1995 (NU, 1996). En su operacionalización se incluyen aspectos relativos a la sexualidad, la reproducción, los cánceres genitales y de los órganos reproductivos, la violencia de género, las infecciones de transmisión sexual, entre otros.

La salud reproductiva es “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos” (OMS, en línea (a)). Esta definición hace explícitas la capacidad de las personas de

1 Licenciada en Geografía (UBA). Investigadora IIGEO-UBA.

2 Médica, Mg en Ciencias en Salud Reproductiva. Investigadora CONICET-CEDES. Docente del Seminario “Epidemiología y Determinantes Sociales de la Salud Universidad” del Programa SIT “Argentina: Salud Pública en Ambientes Urbanos”.

“disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos” (OMS, en línea (a)) y la capacidad y libertad para decidir procrear, cuándo y con qué frecuencia hacerlo.

Reconociendo el espectro y la integralidad del campo, a la vez que respondiendo al propósito de esta publicación, abordaremos en este capítulo algunos conceptos fundamentales sobre la morbilidad materna e infantil y se aplicará el modelo de determinantes sociales para analizar cómo se expresan los distintos determinantes sociales cuando deben proveerse servicios de salud desde una perspectiva de género, de derechos y de equidad (Romero et al., 2010). Asimismo, se considerarán algunos de los indicadores de morbilidad y mortalidad materna e infantil en el caso específico de la Argentina, con el objetivo de analizar las diferencias regionales que estos fenómenos presentan a escala subnacional.

LEGISLACIÓN EN MATERIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ARGENTINA

LA SALUD SEXUAL Y LA SALUD REPRODUCTIVA COMO DERECHOS

De acuerdo a la OMS, se entiende a la salud reproductiva como el completo estado de bienestar y no la sólo la mera ausencia de enfermedades o dolencias relacionadas a los procesos reproductivos, que las mujeres y los hombres puedan elegir métodos de control de la fertilidad seguros, eficaces, asequibles y aceptables, que las parejas puedan tener acceso a servicios de salud apropiados que permitan a las mujeres tener un seguimiento durante su embarazo y que ofrezcan a las parejas la oportunidad de tener un hijo sano (OMS (a), en línea).

Al mismo tiempo, define a la salud sexual como el estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Ésta necesita de un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como también de la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia (OPS, 2018).

En la Argentina, con la reforma constitucional de 1994 se incluyó el artículo 75 inciso 22 a la Constitución Nacional. En este artículo, el Estado incorpora con rango constitucional tratados y convenciones internaciona-

les, entre ellos, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; reconociendo así el derecho a la autonomía reproductiva y al goce de los derechos incluidos en la salud sexual y la salud reproductiva. Estos derechos son una parte fundamental del derecho a la salud en particular e integran de manera interdependiente a todos los derechos humanos. El Estado argentino tiene la obligación internacional de respetar y garantizar el más alto nivel posible de salud sexual y salud reproductiva.

Esto implica velar por el cumplimiento de numerosas legislaciones nacionales que acompañan convenciones internacionales. Algunos ejemplos se refieren a la ley nacional 23.179 (1985), en la que se propone adoptar medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica, ley nacional 23.849 (1990); que indica respetar y garantizar el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social; ley nacional 26.378 (2008), que promueve el respeto y el derecho de todas las personas con discapacidad a acceder en condiciones de igualdad a una atención de salud de la misma calidad.

Argentina adoptó en 1994 el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo (N.U., 1994), comprometiéndose a asegurar el acceso a información amplia y fáctica y a una gama completa de servicios de salud reproductiva y a propiciar y apoyar decisiones responsables y voluntarias sobre la procreación y sobre métodos libremente elegidos de planificación de la familia. También a atender a las necesidades cambiantes en materia de salud reproductiva durante todo el ciclo vital, de un modo que respete la diversidad de circunstancias de las comunidades locales.

En 2013, Argentina adoptó el Consenso de Montevideo, que dio seguimiento al Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población de El Cairo, reafirmando su compromiso de promover, proteger y garantizar la salud y los derechos sexuales y los derechos reproductivos para contribuir a la plena realización de las personas y a la justicia social en una sociedad libre de toda forma de discriminación y violencia.

LEY NACIONAL N° 25.673: CREACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE

En el año 2002 la sanción de la Ley 25.673 dio origen al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Al año siguiente, se reglamentó la ley y se puso en funcionamiento una política pública nacional específica basada en los derechos sexuales y reproductivos, enmarcada en una política que recuperaba el rol del Estado en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos. Al año siguiente, se creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) para lograr el cumplimiento de los objetivos establecidos en la ley. Entre otras metas estableció la garantía para la población al acceso universal y gratuito a métodos anticonceptivos. Desde ese momento, hasta la actualidad se consolidaron los programas de salud sexual y reproductiva en todas las provincias y se incrementó el número de establecimientos sanitarios en todos los niveles de atención que brindan servicios de salud sexual y reproductiva. Se estima que más de 6.000.000 de mujeres accedieron de manera gratuita a los métodos anticonceptivos entre 2003 y 2011 (Kanterewicz et al., 2015).

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable estableció, como objetivo central, la disminución de las desigualdades que afectan la salud sexual y reproductiva de la población. La metodología para reducir las brechas de atención fue mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud, incluyendo la priorización en:

- Acceso universal y gratuito a servicios de salud sexual y reproductiva.
- Igualdad de oportunidades.
- Calidad de la atención.
- Redistribución de recursos materiales y simbólicos.

Posteriormente, siguieron numerosas leyes que garantizan y amplían derechos sexuales y reproductivos, entre ellas, la ley de matrimonio igualitario, la ley de parto respetado, la ley de identidad de género y muy recientemente, la ley de interrupción voluntaria del embarazo.

EL ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL: CÓMO ACOTAR Y POR QUÉ

Cuando definimos un tema de interés hacemos el ejercicio operativo de representar un recorte arbitrario de la realidad que nos interesa en ese momento. Así, plasmamos en un marco conceptual o teórico las dimensiones que incorporará nuestro trabajo, así como las que quedarán por fuera, cuáles son las relaciones entre las dimensiones seleccionadas y cómo influyen en nuestro objeto de interés. El marco teórico, define el tema, indica las dimensiones que se contemplarán a lo largo de la investigación y la articulación entre las mismas. Su propósito es explicitar el recorte realizado de una parte de la realidad, que es compleja y multidimensional y también define y orienta las preguntas que nos guiarán a lo largo del proceso de investigación, a través de la estrategia metodológica que se seleccione acorde al tema que se abordará.

Como todos los modelos, estas son herramientas conceptuales que orientan el pensamiento y las acciones sobre un problema. La OMS, en su modelo de determinantes sociales busca explicar e interpretar el proceso salud-enfermedad a través de visibilizar y comprender las inequidades en calidad de vida y salud, así como orientar las intervenciones, reconociendo jerarquías y responsabilidades diferenciales importantes. A través de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, creada en 2005, la OMS busca fomentar la equidad sanitaria en políticas y programas, así como mitigar las desigualdades y la injusticia social que de forma directa o indirecta tiene un impacto sobre la salud y calidad de vida de las personas. (OMS (b), en línea)

En este capítulo, se seleccionó el modelo conceptual de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal propuesto por UNICEF. Este modelo plantea que los resultados en materia de salud están determinados por factores interrelacionados: los inmediatos (que provienen del individuo), los subyacentes (que provienen de los hogares, las comunidades y las jurisdicciones) y los básicos (que provienen de la sociedad). Los factores de un ámbito influyen en los ámbitos restantes. Este marco fue concebido para valorar y analizar las causas de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal, así como para la planificación de acciones concretas para mejorar la salud materna y neonatal (UNICEF, 2008).

Factores inmediatos: los factores congénitos, las conductas de cuidados de la salud, las enfermedades infecciosas y el estado nutricional.

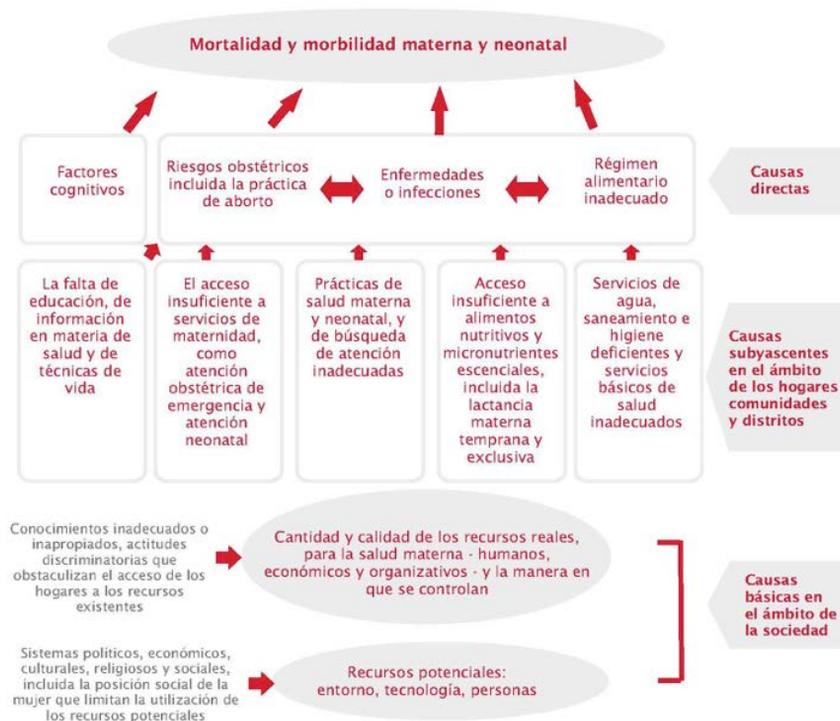
Factores subyacentes: la falta de educación y de conocimientos, los hábitos de salud materna y neonatal inadecuados, la incapacidad de buscar atención médica cuando se requiere, el acceso insuficiente a alimentos nutritivos y micronutrientes esenciales, condiciones medioambientales deficientes, servicios de atención primaria de la salud inadecuados, y el acceso limitado a servicios de maternidad, en especial a la atención obstétrica de emergencia y la atención neonatal.

Factores básicos: la pobreza, la exclusión social y la discriminación por razones de género.

Según este modelo, la limitación en el acceso a servicios de salud de calidad, un problema que afecta a muchas mujeres, es un factor particularmente crítico. El estado de salud de la mujer embarazada y el acceso a servicios de salud reproductiva de calidad son también factores que determinan la salud y la supervivencia neonatal.

Si se espera reducir la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal se requiere el respaldo y la garantía de los derechos de las mujeres y las niñas. Si los esfuerzos sólo se dirigen a las intervenciones sanitarias que abordan las causas inmediatas y subyacentes de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, como disminuir la desnutrición materna, prevenir las enfermedades infecciosas, mejorar las instalaciones y las prácticas relativas a la higiene, el resultado será sólo parcial si las mujeres y las niñas viven en un contexto social en el que no se respetan sus derechos. Ampliar la cobertura de los servicios puede resultar insuficiente si las mujeres y las niñas carecen de acceso a bienes o servicios esenciales por barreras culturales, sociales o familiares (Romero et al., 2010).

Figura 01. Modelo conceptual de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal



Fuente: Romero et al. (2010)

Otra lectura posible, es que el marco propone una primera capa más externa a cada uno de los sujetos, llamada **nivel macro**. Allí vemos la cantidad y calidad de los recursos reales y potenciales e incluye variables y condiciones presentes en la sociedad. Este nivel atraviesa todas las dimensiones, pero está más distante de los sujetos que van a enfermar o morir. Luego, una capa intermedia, el **nivel meso**, que incluye las condiciones presentes en las comunidades u hogares donde viven los sujetos. Hablamos de lo relacionado a la educación, al acceso a salud, prácticas de la población respecto de la atención de salud, a variables relacionadas con la posibilidad del acceso a alimentos, nutrientes, prácticas de lactancia materna, entre otros. También a

servicios de agua segura o servicios de saneamiento que son comunes a esa sociedad y están insertos los sujetos. Finalmente, una tercera capa: el **nivel micro**, que son las condiciones inmediatas a los sujetos. Son algunos factores relacionados con el conocimiento, con riesgos obstétricos o enfermedades que afectan directo al sujeto y que son el eslabón final de la mortalidad y la morbilidad.

Estas capas atraviesan de forma transversal todas las otras variables. También podríamos ver este marco conceptual de una forma vertical. Así, identificamos factores individuales, culturales o normativos que atraviesan a cada nivel.

¿CÓMO MEDIR EL ESTADO DE SALUD? INDICADORES

Un **indicador de salud** es habitualmente una medida numérica que provee información sobre una situación compleja o evento. En general, resume una situación y puede ser un *proxy* del estado general de una realidad que puede ser vista de distintas formas. Los indicadores son estadísticas seleccionadas que tienen el poder de resumir y representar un grupo de estadísticas o de brindar datos ponderados como medidas indirectas de la información faltante. Los indicadores se expresan en términos de números absolutos, razones, proporciones, tasas, promedios o variables categóricas. Existen varios tipos de indicadores como los indicadores de proceso, de resultado y los trazadores.

Los **indicadores de proceso** miden el desarrollo de las actividades vinculadas a la prestación de servicios o generación de productos. Hacen énfasis en la ejecución de actividades y la forma de realizarlas. Permiten contar con información de la organización y funcionamiento de las dependencias, centros de salud, prácticas realizadas, etc.

Los **indicadores de resultado** muestran los logros obtenidos con relación a los objetivos y metas planteados. Es posible distinguir entre resultados intermedios y resultados finales o de impacto. Algunos ejemplos de indicadores de resultado: proporción de partos atendidos por personal entrenado y de impacto, reducción de la tasa de mortalidad neonatal.

Los **indicadores trazadores** refieren a un concepto de uso habitual en epidemiología, se lo considera como un indicador que sintetiza un conjunto

de hechos y procesos. Se trata, por lo tanto, de indicadores representativos de un conjunto de variables y no de una variable o dimensión particular.

USO DE LOS INDICADORES

Entre los usos de los indicadores, podemos identificar los siguientes tres como los principales: identificar necesidades, monitorear la implementación de medidas y evaluar la efectividad o el impacto de un programa.

En términos de **identificar necesidades**, los indicadores contribuyen a elaborar un diagnóstico y así determinar el estado actual de la salud en una población o subgrupo específico para poder observar en qué áreas se deben desarrollar programas o se requieren mejoras. También permiten identificar situaciones críticas en relación con un fenómeno. En esta categoría consideramos, por ejemplo, indicadores que informan la prevalencia de sífilis en mujeres embarazadas, la incidencia de casos de violencia contra la mujer o la tasa de mortalidad infantil por infecciones respiratorias.

Para dar seguimiento a la implementación o resultados de un programa, los indicadores cumplen la función de **monitoreo**: de esta forma, permiten discernir si están de acuerdo con lo propuesto o monitorear los compromisos de una política. Es decir, permite ver cuán cerca o cuán lejos estoy del objetivo propuesto en el programa. Por ejemplo, si estoy llevando a cabo un programa para disminuir las enfermedades de transmisión sexual, una dimensión a considerar sería ver qué porcentaje de adolescentes tiene información adecuada y proponer una serie de talleres. Un indicador de monitoreo sería medir el alcance de los talleres que se llevaron adelante respecto de los talleres propuestos.

En un plan de monitoreo, la selección y definición de los indicadores es un eje estratégico ya que son un insumo necesario para la toma de decisiones. Siguiendo el documento técnico del sistema de monitoreo del Plan ENIA: “Tal como lo define el Manual de UNICEF, los indicadores son ‘señales’ de la consecución o el cambio relacionados con un resultado previsto. Ofrecen un medio sencillo y fiable de medir el logro de los efectos, resultados e impactos a fin de calcular el desempeño de un programa o una inversión” (Plan ENIA, 2019, p.12).

Finalmente, los indicadores también cumplen la función de **evaluar** la

efectividad y el **impacto** de un programa cuyo propósito es mejorar la salud y/o alcanzar objetivos específicos.

En todo plan o programa los indicadores requieren una línea de base y una meta. Estos parámetros nos permiten medir la efectividad de un proyecto, programa o plan en función de los objetivos planteados. Se considera línea de base a la situación anterior a una intervención y meta a los resultados a los que se aspira llegar. En este sentido, algunos ejemplos pertinentes de evaluación serían: cuánto ha disminuido el aborto entre adolescentes al aplicar un plan de provisión de métodos anticonceptivos o cuánto disminuyó el bajo peso al nacer ante un programa que busca que las madres tengan una mejor nutrición.

CUALIDADES QUE DEBE TENER UN INDICADOR

Ética: La recolección, procesamiento y presentación de los datos preservan los derechos de los individuos. Debe contemplar la confidencialidad, la libertad de elección en proporcionar el dato y el consentimiento informado.

Sensibilidad: debe reflejar cualquier cambio que se produzca en la tendencia del factor bajo estudio.

Confiabilidad: reportará el mismo valor si la medición es repetida en la misma población al mismo tiempo. Este ítem es muy importante ya que si tengo que hacer reiteradas mediciones en el tiempo debo tener la seguridad de que la comparabilidad y confiabilidad del valor que tengo será alta.

Claridad: el indicador debe ser simple, no presentar ambigüedades y su valor debe ser sencillo de interpretar en términos del estado de salud.

Existen en la Argentina distintas fuentes de información de estadísticas de salud, cuyas referencias se encuentran en nota al pie.³

3 Estadísticas vitales - Ministerio de Salud: Dirección de Estadísticas e Información de Salud; Deis; Objetivos de Desarrollo Sostenible - UNICEF: Objetivos y metas de desarrollo sostenible – Desarrollo Sostenible; Ministerio de Salud de la Nación, Ministerios provinciales y Organización Panamericana de la Salud: Indicadores Básicos | Deis; Organizaciones de la sociedad civil: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva; Observatorio de la Deuda Social Argentina - UCA: Observatorio de la Deuda Social Argentina.

SECCIÓN 2. ¿QUÉ DETERMINANTES SE PONEN EN JUEGO AL ANALIZAR LA SITUACIÓN MATERNO-INFANTIL EN LA ARGENTINA?

MORTALIDAD MATERNO-INFANTIL: DETERMINANTES Y DEFINICIONES

MORTALIDAD INFANTIL

La mortalidad infantil comprende el fallecimiento de los menores de un año. Se clasifica como **neonatal** cuando es desde el nacimiento hasta los 27 días y **postneonatal** cuando es desde los 28 días hasta el año. La mortalidad infantil neonatal se considera **precoz** si es entre los 0-6 días y **tardía** si es entre los 7-27 días de vida.

Las causas de la mortalidad neonatal se relacionan con condiciones congénitas perinatales o de la atención de la salud que pueden estar vinculadas a la salud de la mujer durante el embarazo, a los cuidados recibidos durante el embarazo, a la atención durante el parto y la atención del niño durante los primeros días de vida. Por otro lado, en el caso de la mortalidad postneonatal tienen mayor impacto las condiciones ambientales y socioeconómicas sobre la salud del niño. Aquí se consideran los cuidados, la nutrición, las infecciones, la deshidratación y los accidentes, entre otros factores.

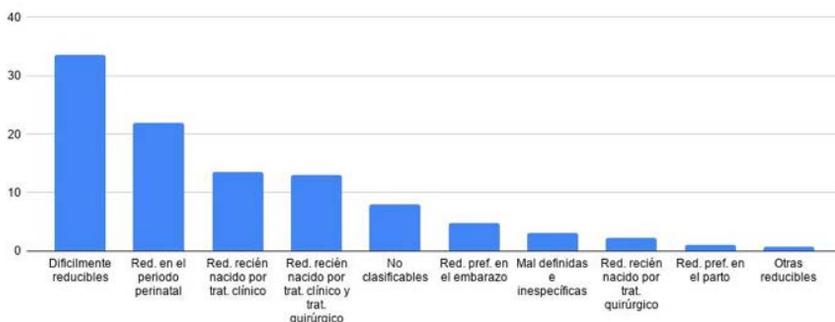
La mortalidad neonatal se relaciona con causas que ocurren en el nacimiento o que tienen origen en condiciones del embarazo o la atención de la mujer durante el embarazo. Incluyen condiciones congénitas, cómo fue atendido el parto y cómo fue atendido el bebé en los primeros días de nacido. En el caso de las causas de tipo postneonatal, tienen mayor impacto las condiciones ambientales y socioeconómicas que la salud y el desarrollo en el primer año de vida.

La mortalidad neonatal es proporcionalmente mayor cuanto más baja sea la mortalidad infantil, como se ve en países desarrollados o en poblaciones con buenas condiciones socioeconómicas y culturales. La mortalidad postneonatal es proporcionalmente mayor cuanto más alta sea la mortalidad infantil, como se observa en países en vías de desarrollo o en poblaciones con deficientes condiciones socioeconómicas y culturales.

CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL

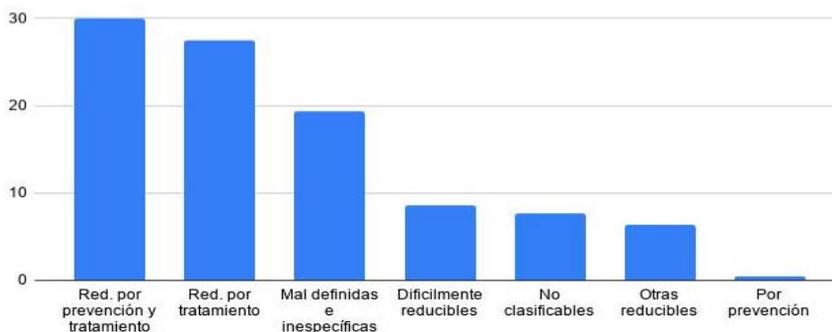
Existen diferentes causas de muerte para el periodo neonatal y postneonatal, que pueden clasificarse en dos categorías según criterio de reducibilidad. Estos criterios pueden ser especialmente útiles para orientar las intervenciones en salud. En primer lugar, las causas **reducibles** incluyen aquellas defunciones cuya frecuencia podría disminuirse, en función del conocimiento científico actual y por distintas acciones desarrolladas, fundamentalmente a través de los servicios de salud. En segundo lugar, las causas **difícilmente reducibles** incluyen defunciones que en la actualidad no son reducibles, atribuibles a una malformación congénita, a una enfermedad durante el embarazo, o a deficiencias en el trabajo de parto.

Figura 02. Distribución porcentual de las muertes neonatales según criterios de reducibilidad. Argentina, año 2018



Fuente: DEIS (2019). Estadísticas Vitales.

Figura 03. Distribución porcentual de las muertes postneonatales según criterios de reducibilidad. Argentina, año 2018



Fuente: DEIS (2019). Estadísticas Vitales.

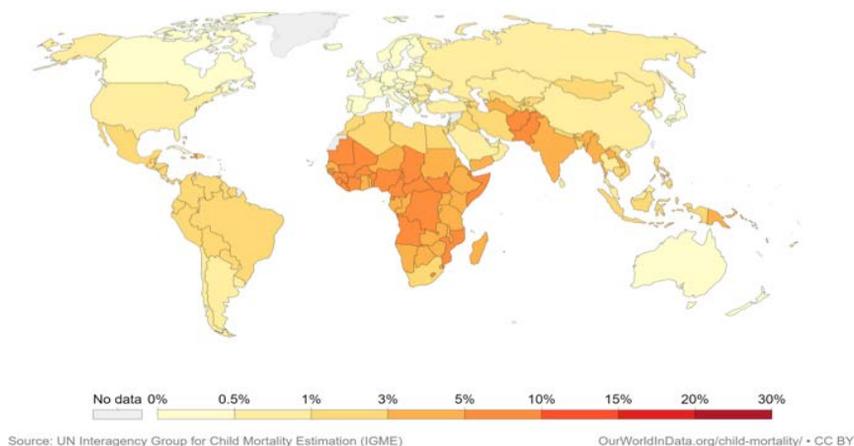
Como se puede observar en la figura 2, las causas categorizadas como difícilmente reducibles representan más del 30% de las defunciones neonatales. Por otro lado, en la figura 3 podemos notar que en el caso de las defunciones postneonatales, esa misma categoría presenta valores por debajo del 10%, siendo el grupo de causas categorizadas bajo el título reducibles por prevención y tratamiento, las que representan el valor más alto (30%).

Es importante destacar que los valores registrados para las defunciones neonatales indican que, a pesar de las intervenciones realizadas, hay 3 de cada 10 recién nacidos que presentan condiciones que difícilmente puedan revertirse con los recursos disponibles al momento del parto y los días subsiguientes. Por el contrario, en lo que respecta a la mortalidad postneonatal, los valores se asemejan a los registrados en países desarrollados. Podemos ver que la misma categoría registra valores mucho más bajos, siendo las causas reducibles las de mayor representación, lo que permite un espacio para trabajar aún más en el fortalecimiento del sistema de salud y los sistemas de asistencia social que resguarden y favorezcan condiciones de desarrollo críticas en los primeros meses de vida.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL

La tasa de mortalidad infantil es el indicador utilizado para medir la cantidad de infantes que mueren antes de llegar al año de vida, por cada 1.000 nacidos vivos, en un año determinado. En el numerador se encuentra el número de muertes de menores de un año de edad registradas en la población de un área geográfica específica durante un año dado. En el denominador, se registra el número de nacidos vivos registrados en la población del área geográfica dada durante el mismo año. La tasa se calcula por mil nacidos vivos.

Figura 04. Mapa. Tasa de mortalidad infantil por cada 1.000 nacidos vivos. Año 2017



Fuente: Our World in Data (en línea).

Como se puede observar en el mapa de la figura 4, que muestra la incidencia de la mortalidad infantil en porcentaje, podemos notar la disparidad geográfica de esta variable. Mientras que los países más desarrollados de América anglosajona, Europa occidental y una gran parte de Asia y Oceanía cuentan con valores favorables, existe una fuerte sobrerrepresentación de esta tasa en el continente africano, especialmente de la región de África subsahariana. En lo que respecta a América Latina y el Caribe, las disparidades también son notables, especialmente entre Canadá, Estados Unidos y países del cono sur en contraste con países de América Central, Caribe y norte de América del Sur.

Según el informe de Objetivos de Desarrollo del Milenio de 2008 elaborado por CEPAL, todos los años mueren alrededor de 10 millones de niños antes de cumplir 5 años de edad (CEPAL, 2011). Un gran número de estos fallecimientos ocurren en países en desarrollo y se producen como resultado de enfermedades evitables. Asimismo, la mortalidad infantil está estrechamente vinculada a la pobreza y los avances en esta materia han sido más lentos en la población de los países pobres y en la población más pobre de los países con más recursos. Según el informe, “la mejora de los servicios públicos de salud es un elemento clave, en particular el acceso a agua pota-

ble y a un mejor saneamiento. La instrucción, especialmente para las niñas y las madres, puede salvar la vida de muchos niños” (CEPAL, 2011, p. 5).

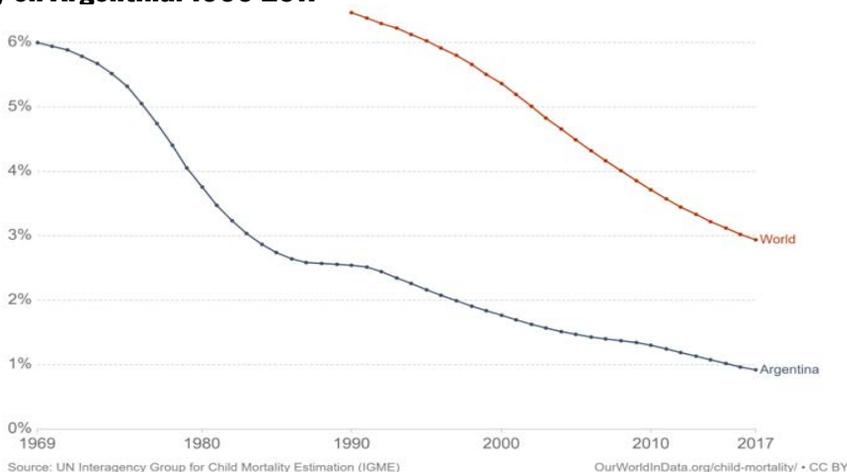
Siguiendo los valores del informe de CEPAL mencionado anteriormente, aproximadamente 27,5 niños por cada mil nacidos vivos mueren antes de los cinco años, mientras que en los países desarrollados se registran 6 niños que mueren antes de los cinco años, por cada mil nacimientos.

LA MORTALIDAD INFANTIL EN LA ARGENTINA

Argentina ha observado una tendencia general de descenso en la tasa de mortalidad infantil, como se puede observar en la figura 5. Esta dinámica se replica en la tasa de mortalidad neonatal y postneonatal y coincide con la evolución también a escala mundial.

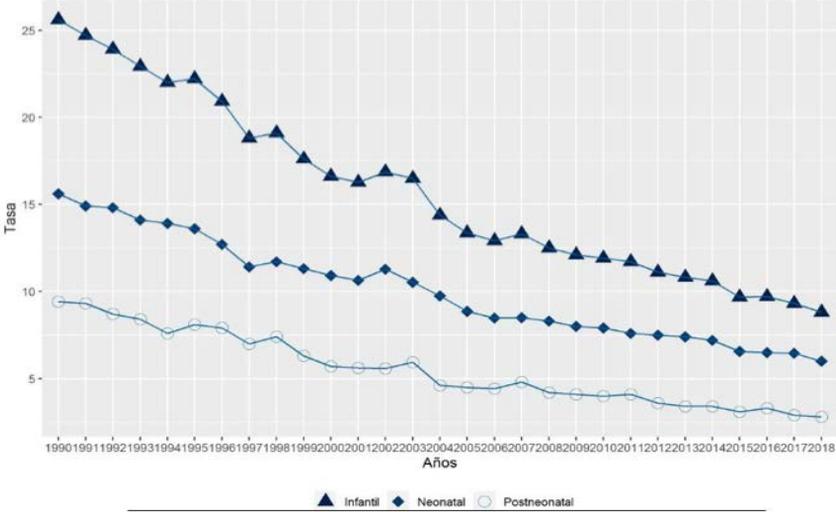
Al observar las tasas de mortalidad neonatal actualizadas a 2017, se destaca que la misma presenta valores muy altos en algunos países de la región Caribe como Haití (26,27), Dominica (26,43) y República Dominicana (20,51). En este contexto, la Argentina presenta una tasa promedio (6,22), con valores por debajo del promedio regional para América Latina y el Caribe (UNICEF, en línea). Sin embargo, y como se ha evidenciado a lo largo de este trabajo, es importante revisar las diferencias a escala subnacional.

Figura 05. Evolución de la tasa de mortalidad infantil en el mundo y en Argentina. 1969-2017



Fuente: Our World in Data (en línea)

Figura 06. Tasa de Mortalidad Infantil, Neonatal y Postneonatal por 1.000 nacidos vivos. Argentina, 1990-2018

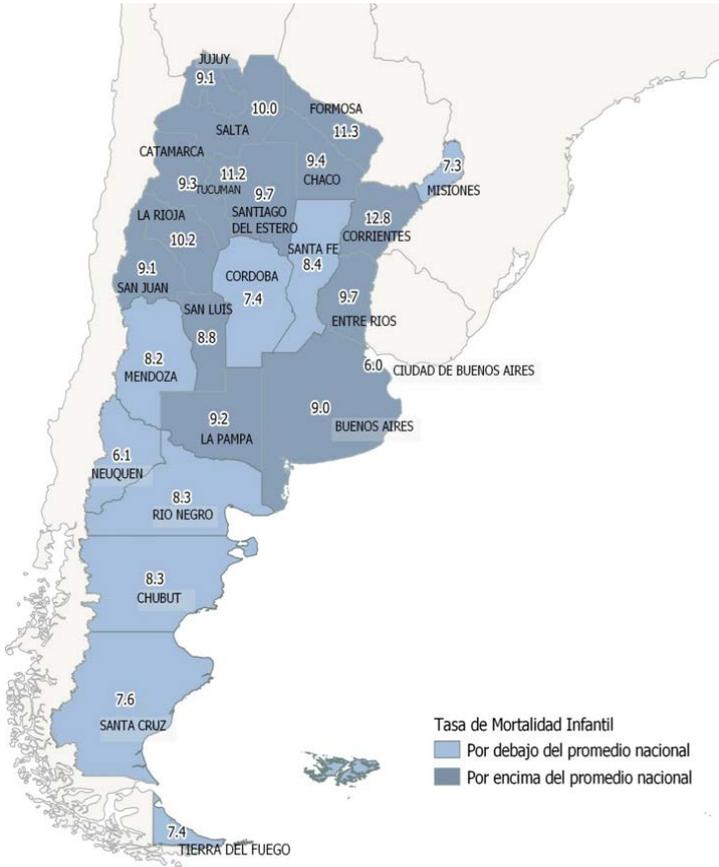


Fuente: DEIS (2019). Estadísticas Vitales.

Argentina ha logrado una mayor reducción en aquellas causas que dependen de condiciones generales, inmunizaciones y enfermedades infecciosas, mientras que no en aquellas que dependen de detección temprana de patologías congénitas o tratamientos de complejidad en el parto y días subsecuentes. Es así como podría decirse que la mortalidad infantil tiene un comportamiento similar a la de un país desarrollado porque la mortalidad infantil neonatal es el componente que se mantiene más alto. Si bien Argentina ha mejorado las condiciones de vida, y en consecuencia la mortalidad postneonatal es baja, no estamos siendo lo suficientemente efectivos en la reducción de la mortalidad neonatal.

La Figura 7, a continuación, muestra la distribución de la tasa de mortalidad infantil en la Argentina, según valores del año 2018 proporcionados por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación. A simple vista podemos apreciar que se encuentran valores por encima del promedio nacional (8.8 defunciones cada mil nacidos vivos, año 2018) principalmente en provincias de las regiones NOA, NEA y Cuyo, siendo los valores más elevados los de Corrientes, Formosa y Tucumán y los más bajos correspondientes a Ciudad de Buenos Aires y Neuquén.

Figura 07. Tasa de Mortalidad Infantil, por 1.000 nacidos vivos, por jurisdicción de residencia de la madre. Argentina, 2018



Fuente: Elaboración propia con base a DEIS, 2019.

A continuación, se puede apreciar en detalle los valores de la tasa de mortalidad infantil para el Gran Buenos Aires, el aglomerado más denso del país. Nuevamente podemos destacar la heterogeneidad interna entre los partidos que conforman este conjunto, en el cual las jurisdicciones al sur y noroeste presentan los valores más elevados.

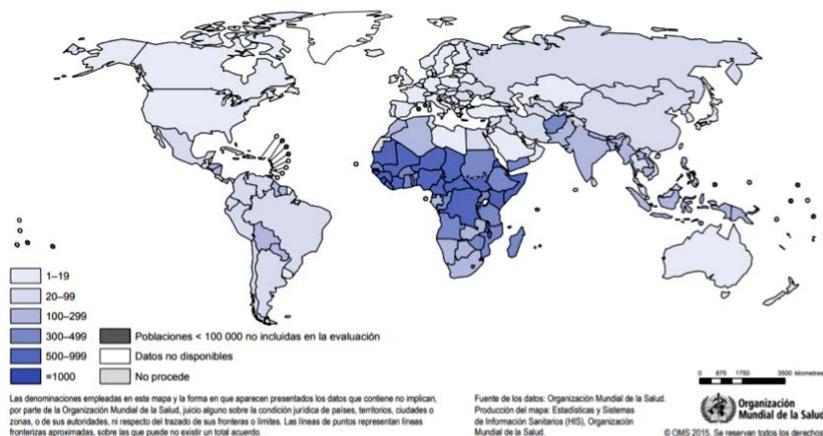
puerperio-, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas -por ejemplo, abortos inseguros, sepsis puerperales o hemorragias posparto, que sólo pueden atribuirse al proceso reproductivo-. En las causas directas, es la complicación del estado de gestación la que la lleva a la muerte. Las causas de defunciones obstétricas indirectas son aquellas que resultan de una condición o enfermedad preexistente o de un problema de salud que se agrava durante el mismo, o que dada la condición de embarazo se opta por interrumpir el tratamiento de determinada condición.

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA

La razón anual de mortalidad materna es el cociente entre el número de defunciones por causas maternas en un área geográfica dada durante un año y el número de nacidos vivos registrados en la población del área geográfica dada durante el mismo año. El índice habitual es por 100.000 nacidos vivos, pero en algunos países con tasas moderadamente bajas se aplica 10.000 nacidos vivos. Si bien frecuentemente se habla de tasa de mortalidad materna, para ser rigurosos, debemos hablar de razón de mortalidad materna, dado que el numerador no está estrictamente incluido en el denominador como debería ocurrir en una tasa.

En la figura 9 se puede ver el mapa de razón de mortalidad materna a escala global, con valores actualizados al 2015. Nuevamente encontramos el mismo patrón relevado para la tasa de mortalidad infantil: la región de África subsahariana registra los valores más altos en contraste de los países más desarrollados que poseen los valores más bajos.

Figura 09. Mapa. Razón de Mortalidad Materna por 100.000 nacidos vivos. Año 2015



Fuente: OMS (2015).

Las estimaciones de razón de mortalidad materna, por regiones, según datos de la OMS (2015), esclarecen aún más la situación: del total de 303.000 muertes maternas, 302.000 corresponden a países en desarrollo frente a 1.700 de países desarrollados. Las muertes maternas cada 100.000 nacidos vivos (es decir, la razón de mortalidad materna) es de 239 en países en desarrollo y de 12 en países desarrollados. En términos regionales, América Latina y el Caribe tiene una RMM de 67. Es importante destacar los valores altísimos de países como Haití (359) en contraste con Puerto Rico (14) y la Argentina, de 52 muertes cada 100.000 nacidos vivos.

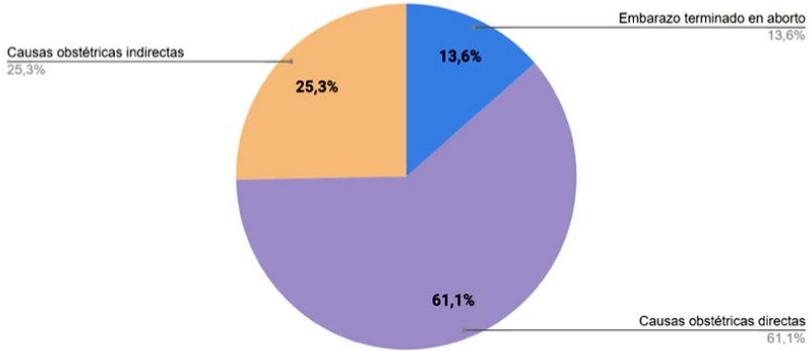
Si bien una conclusión rápida podría ser que se observa un comportamiento similar al de la mortalidad infantil, las diferencias y el peso relativo de los países en desarrollo en la contribución a la razón de mortalidad materna global es desproporcionadamente más relevante. Pocos indicadores de salud muestran diferencias tan marcadas entre regiones.

En lo que respecta a las causas, a nivel global, más de una cuarta parte (27%) de la mortalidad materna es consecuencias de hemorragias o de causas obstétricas indirectas. Por aborto, a nivel global, es del 8% (Say et. al, 2014).

En el caso de Argentina, la Figura N° 10 da cuenta de la distribución de

causas de la mortalidad materna. Como se puede observar, la distribución porcentual de las causas de muertes maternas muestra que 6 de cada 10 fallecimientos se agrupan como causas obstétricas directas (61.1%), mientras que el 25% corresponde a causas obstétricas indirectas y, en tercer lugar, por embarazos terminados en aborto inseguros.

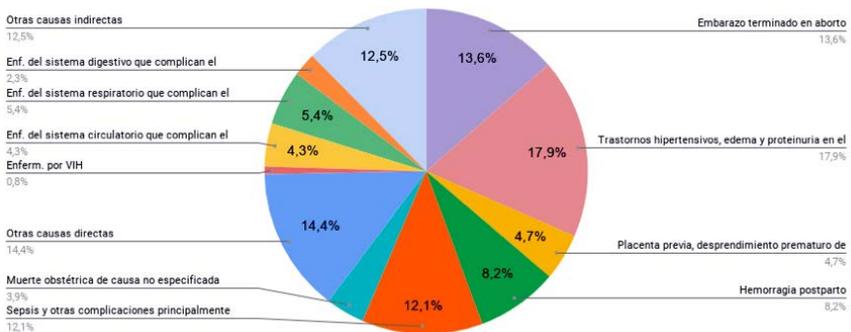
Figura 10. Distribución porcentual de las causas agrupadas de mortalidad materna en la Argentina. Año 2018 (N= 257)



Fuente: Elaboración propia en base a DEIS, 2019.

A continuación, en la figura 11, se desagregan las proporciones específicas para las categorías que conforman las causas obstétricas directas e indirectas.

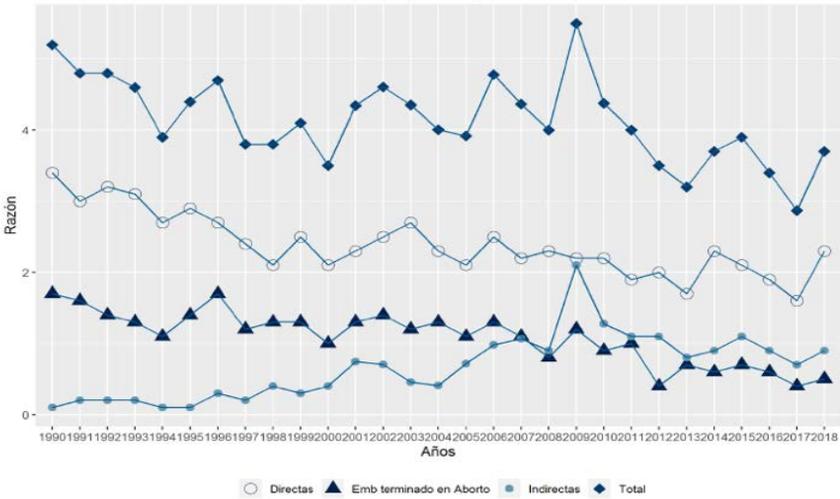
Figura 11. Distribución porcentual de las causas de mortalidad materna (obstétricas directas e indirectas) en la Argentina. Año 2018 (en valores absolutos, N=257)



Fuente: Elaboración propia en base a DEIS, 2019.

Como se puede observar en la Figura N°12, a diferencia de la mortalidad infantil, la mortalidad materna en la Argentina ha tenido, en general, una tendencia amesetada con algunas fluctuaciones, particularmente en 2009 atribuible a las muertes maternas por H1N1. En los últimos años se observó una tendencia al descenso pero que no se consolidó dado un nuevo aumento en 2015 y 2018.

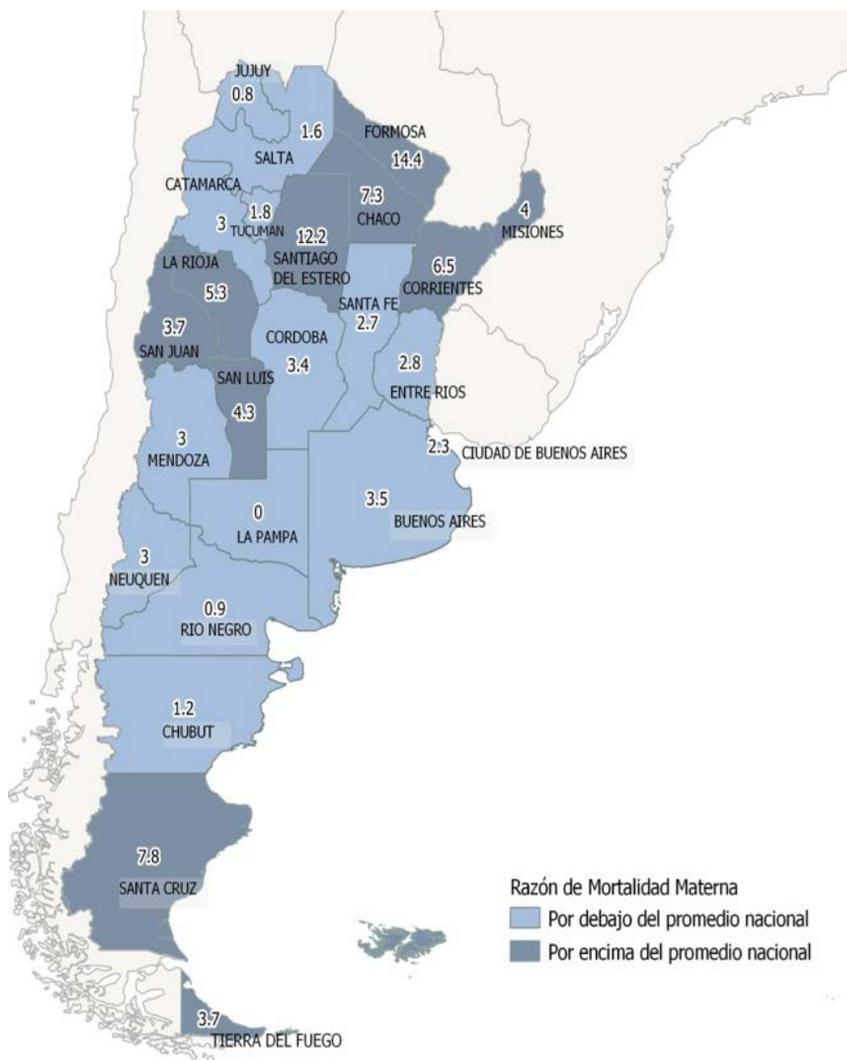
Figura 12. Razón de Mortalidad Materna Total y por grupo de causas, por 10.000 nacidos vivos. Argentina, 1990-2018



Fuente: DEIS (2019). Estadísticas Vitales.

En el siguiente mapa (Figura N°13) podemos ver la incidencia de la mortalidad materna para las 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Podemos notar que 10 provincias presentan valores por encima del promedio nacional (3.7 x 10.000 nacidos vivos), siendo Formosa y Santiago del Estero las jurisdicciones con valores más altos: 14.4 y 12.2 por 10.000 nacidos vivos, respectivamente. Entre los distritos con valores más favorables, debemos destacar a la provincia de La Pampa, que no registra casos de mortalidad materna, y cuyo valor es 0 en 2018.

Figura 13. Razón de Mortalidad Materna, por 10.000 nacidos vivos, por jurisdicción de residencia de la madre. Argentina, año 2018

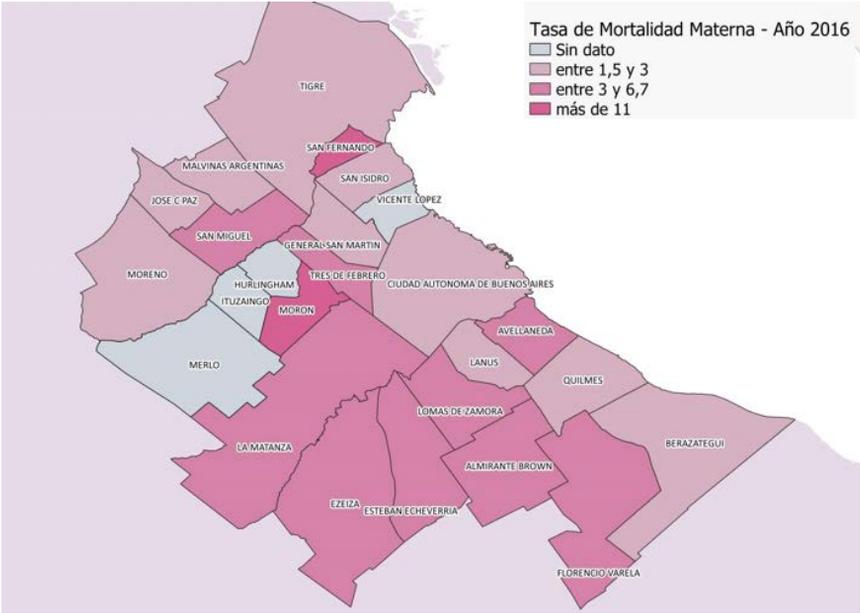


Fuente: Elaboración propia en base a DEIS, 2019.

En relación con los valores de la razón de mortalidad materna para el Gran Buenos Aires (Figura N°14), en línea con los análisis precedentes en el siguiente mapa podemos visualizar una fuerte heterogeneidad entre distritos. Aproximadamente la mitad de los distritos que presentan datos se

encuentran por debajo del promedio nacional. Por otro lado, los partidos de Morón y San Fernando presentan valores muy altos, superando los once puntos.

Figura 14. Mapa. Tasa de mortalidad materna por 10.000 nacidos vivos. Gran Buenos Aires, año 2016



Fuente: Elaboración propia en base a Ministerio de Economía y Finanzas Provincia de Buenos Aires, 2016 y Ministerio de Economía y Finanzas GCBA, 2016.

ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA Y LA MORTALIDAD INFANTIL

OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS)

El 25 de septiembre de 2015, en el 70° periodo de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, los líderes mundiales acordaron un programa de diecisiete objetivos globales para erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todos como parte de una nueva agenda de desarrollo sostenible. Estos objetivos, seguimiento de los Objeti-

vos de Desarrollo del Milenio, profundizan el compromiso de los gobiernos como del sector privado, ONGs y a la sociedad civil en su conjunto. Cada objetivo tiene metas específicas que deben alcanzarse en un plazo de 15 años desde su establecimiento, es decir hacia 2030. Dentro de los ODS se plantean estrategias que, directa o indirectamente, se proponen reducir la mortalidad materna y la mortalidad infantil (ONU, ODS, en línea).

OBJETIVO 3: GARANTIZAR UNA VIDA SANA Y PROMOVER EL BIENESTAR PARA TODOS EN TODAS LAS EDADES

Este objetivo se propone reducir la razón de mortalidad materna mundial a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos para el año 2030.

Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

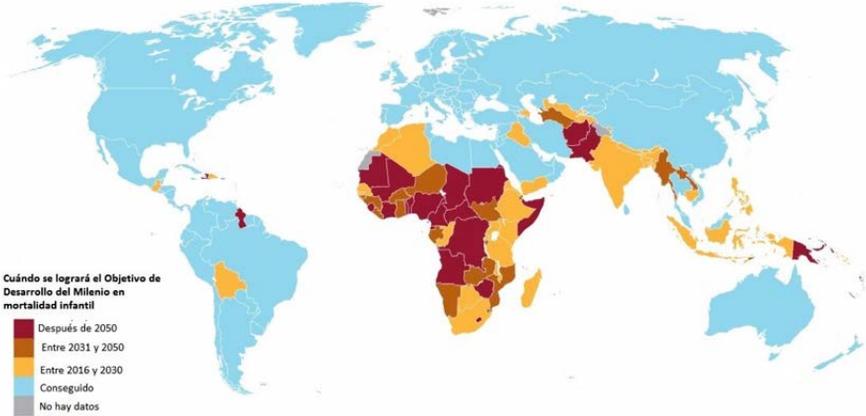
OBJETIVO 5: LOGRAR LA IGUALDAD ENTRE LOS GÉNEROS Y EMPODERAR A TODAS LAS MUJERES Y LAS NIÑAS.

Este objetivo se propone eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina. Asimismo, plantea como necesidad garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias.

A modo de cierre de este apartado, podemos notar que, según datos de la Organización de las Naciones Unidas, un gran número de países desarrollados y en desarrollo ya han conseguido alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio en materia de mortalidad infantil. Contrariamente, el continente africano, -a excepción de Egipto y Libia- y algunos países puntuales de Asia Central y del Sudeste, América Latina y el Caribe y Oceanía esperan conseguir dichos objetivos hacia mediados del siglo XXI (ONU ODS (Salud), en línea).

Figura 15. Mapa de alcance esperado de los objetivos de desarrollo del milenio en materia de mortalidad infantil

! La tendencia se mantiene en cada país, el Objetivo de Desarrollo del Milenio en mortalidad infantil se cumplirá en...



Fuente: ONU ODS (en línea).

LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO COMO DETERMINANTES

A modo introductorio, es importante establecer algunas distinciones y conceptualizaciones generales en lo que respecta a sexo, género, relaciones y estereotipos de género y otras dimensiones que dan cuenta de las desigualdades sociales.

En cuanto a los sistemas de salud, considerar las relaciones y los roles de género en el diseño e implementación de políticas públicas resulta fundamental para garantizar que el acceso sea equitativo.

DISTINCIÓN ENTRE SEXO Y GÉNERO

Una primera distinción necesaria es entre los conceptos de sexo y género. “Sexo” se refiere al conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como hombre o mujer (Seminario Galego, 2006). Por otro lado, cuando hablamos de género, nos referimos a las características y oportunidades económicas, sociales y culturales atribuidas a mujeres, varones e identidades no binarias

en un ámbito social particular en un determinado momento. La noción “género” hace referencia a las diferencias construidas social y culturalmente que existen entre hombres y mujeres y que condicionan relaciones de dominación y subordinación (Silva, 2009). El género como construcción social tiene importantes variaciones territoriales: las diferencias de género no son neutras ya que muchas veces están contrapuestas, construyendo así ciertas relaciones de poder que pueden ser cambiadas a lo largo del tiempo y según el contexto.

ROLES Y RELACIONES DE GÉNERO

Según Judith Butler, la construcción de relaciones de género tiene como papel regular las acciones de los sujetos, a quienes coloca en las categorías de hombre o mujer, excluyendo el carácter performativo del género, a la vez que sobervalora las relaciones naturales para explicar situaciones que son sociales (Butler, 2003, 2007). Dado que el género es una construcción social, las relaciones de género se expresan mediante roles o funciones de género que registran variaciones territoriales. Así los roles de género representan actividades, tareas y responsabilidades asignadas a hombres y mujeres según la construcción social de género en un contexto dado.

¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE PERSPECTIVA DE GÉNERO?

Según UNICEF (2017), la perspectiva de género es una categoría analítica que toman los estudios que surgen desde las diferentes vertientes académicas de los feminismos para, desde esa plataforma teórica, cuestionar los estereotipos y elaborar nuevos contenidos que permitan incidir en el imaginario colectivo de una sociedad al servicio de la igualdad y la equidad. Es por ello por lo que la perspectiva de género es necesaria para visibilizar la desigualdad y subordinación de las mujeres en relación con los varones, pero también ver y denunciar los modos de construir y pensar las identidades sexuales desde una concepción de heterosexualidad normativa excluyente. La perspectiva de género nos lleva a reconocer que, históricamente, las mujeres han tenido oportunidades desiguales en el acceso a la educación, la justicia y la salud. A pesar de que las condiciones de vida de las mujeres han mejorado globalmente, sus posibilidades de desarrollo aún siguen siendo desparejas e inequitativas, según la región en la que habiten. Entendemos

por perspectiva de género al enfoque basado en el análisis de las identidades y relaciones de género que se manifiestan y reconstruyen a través de diversos procesos socio-territoriales.

TRANSVERSALIDAD E INTERSECCIONALIDAD DE GÉNERO

Adentrándonos en el análisis de la perspectiva de género y su impacto en ciertos campos específicos de aplicación -como la salud- debemos considerar el concepto de “transversalidad de género” o *gender mainstreaming*. La transversalidad de género es la aplicación del principio de igualdad de trato, no discriminación y de oportunidades a las políticas públicas entre las personas que conviven en una sociedad. Se conoce también como “enfoque integrado de género” y pretende asegurar que a través de las políticas públicas y privadas se promueven los cambios estructurales necesarios para eliminar la desigualdad entre mujeres, hombres y otras identidades a largo plazo, asegurando el pleno disfrute de derechos y el acceso equitativo a los recursos.

Aplicados a los derechos humanos, los enfoques de transversalización de género están, en teoría, atentos a cómo el género da forma e impacta nuestras experiencias y el logro de los derechos. La transversalización de género se define como el proceso de evaluación de las implicaciones para las mujeres y los hombres de cualquier acción planificada, incluida la legislación, las políticas o los programas, en todas las áreas y en todos los niveles. Es una estrategia para hacer de las preocupaciones y experiencias de mujeres y hombres una dimensión integral del diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas y programas en todos los ámbitos políticos, económicos y sociales para que mujeres y hombres se beneficien por igual y no se perpetúe la desigualdad (Parisi, 2013).

Por otro lado, otro concepto fundamental para comprender la desigualdad es el de interseccionalidad de género, que supone una herramienta para el análisis que aborda la multiplicidad de discriminaciones. Este concepto nos ayuda a entender la manera en que conjuntos diferentes de identidades influyen sobre el acceso que se pueda tener a derechos y oportunidades (Morgan, 2018). Surge de la teoría feminista en Estados Unidos a partir de los intentos por entender las experiencias de las mujeres negras y es, fundamentalmente, una metodología para la investigación. El análisis inter-

seccional plantea que no debemos entender la combinación de identidades como una suma que incrementa la propia carga sino como una que produce experiencias sustantivamente diferentes. Es interesante pensar cómo el concepto de interseccionalidad visibiliza experiencias muy diferentes y asimétricas entre regiones del mundo, grupos de edad, personas con capacidades diversas, entre otros.

PERSPECTIVA DE DERECHOS

El desarrollo del marco de derechos humanos ayudó a impulsar los derechos de las mujeres a un nivel diferente. Esta perspectiva comprende como derechos humanos al derecho a la salud, a la integridad física, a una vida sin violencias. Al considerar este marco desde una perspectiva de género podemos visibilizar cómo el acceso a estos derechos es diferencial entre hombres, mujeres y otras identidades y permite problematizar las desigualdades y tomar medidas de forma integral. Un claro ejemplo de estas desigualdades es la mortalidad materna, como hemos mostrado en el apartado anterior.

Esta perspectiva se sustenta en la premisa de que sin igualdad de género no se puede tener un verdadero estado de derecho. Por ello, debemos enfocarnos en particular en los temas que impactan a las mujeres, en lograr que las mujeres tengan acceso a la participación política, en que las mujeres tengan los mismos derechos a la atención médica y en estar libres de discriminación en todos los aspectos de su vida.

En el libro “From outrage to courage”, Anne Murray (2008) afirma que las mejoras en la salud se han distribuido de manera desigual. Vivimos en un mundo paradójico: si bien han habido enormes mejoras en términos de salud en algunas partes del mundo, en otras estas mismas mejoras se ven contrarrestadas por el estancamiento y el declive. En el mismo material, se cita a Gro Brundtland, ex directora de la Organización Mundial de la Salud: “Nunca tantos habían tenido un acceso tan amplio y avanzado a la atención médica. Pero nunca se les ha negado a tantas personas el acceso a la atención médica. El mundo en desarrollo soporta el 90% de la carga de morbilidad, pero los países más pobres tienen acceso a solo el 10% de los recursos destinados a la salud” (Murray, 2008, p. 6)⁴.

Al hablar de la salud de las mujeres nos referimos a condiciones que

trascienden estrictamente lo médico: es cultural, político, económico y, sobre todo, una cuestión de justicia social. Cuando hablamos de la salud y de las condiciones de vida de las mujeres debemos referirnos a los factores y mecanismos sociales, económicos y culturales que mantienen a la mujer y otras disidencias en una situación desventajosa y subordinada en relación con el hombre (o a determinadas construcciones de masculinidad). La forma en que se expresa dicha subordinación varía según el contexto histórico, geográfico y cultural.

A menudo, las principales barreras para mejorar la salud de la mujer tienen su origen en factores socioeconómicos, legales y culturales. A las mujeres generalmente se les asigna un estatus subordinado en términos de poder económico, toma de decisiones y opciones con respecto a la educación, el trabajo y la familia. Las leyes nacionales a menudo restringen o prohíben la igualdad y la elección dentro de la sociedad. Por tanto, la mejora de la salud reproductiva no es solo una cuestión de intervenciones sanitarias eficaces, sino también una cuestión de justicia social y derechos humanos.

Numerosos reportes e informes indican que las mujeres sufren peores condiciones de vida, a pesar de haber alcanzado mejores condiciones en términos comparativos históricos. Actualmente, los indicadores de pobreza indican una sobrerrepresentación a nivel global y también en escalas menores, dando lugar a la llamada “feminización de la pobreza”. Este fenómeno se registra especialmente en áreas rurales y urbano-marginales. Además, las mujeres cobran peores salarios, con mayor frecuencia trabajan en el sector informal de la economía y se enfrentan a mayores dificultades a la hora de acceder al mercado de trabajo, el sistema educativo y la vivienda.

CONCLUSIONES

A lo largo de este capítulo abordamos un campo complejo y multidimensional como es el de la salud sexual y reproductiva. Recuperamos las principales definiciones que entienden a la salud sexual y reproductiva en relación directa con los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. Realizamos un breve pero exhaustivo recorrido sobre la normativa reciente en la materia de la Argentina, con especial énfasis en los objetivos, acciones y resultados del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

A continuación, y como ejercicio, establecimos un recorte para analizar una situación puntual aplicando un marco teórico. En este caso, adoptamos el modelo de los determinantes sociales y el modelo conceptual de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal propuesto por UNICEF (2008) y describimos los múltiples factores relacionados e identificando distintos tipos de causas. Además, definimos y caracterizamos algunos ejemplos de indicadores imprescindibles para medir el estado de salud.

Partiendo de la premisa de que las problemáticas sociales requieren abordajes complejos, multidisciplinarios y con perspectivas que den cuenta de todas sus dimensiones, en este trabajo, y considerando las limitaciones de extensión y recorte temático, buscamos referenciar desde las perspectivas de derechos humanos, de género y de salud integral.

Dentro del marco teórico, incorporamos estas perspectivas para aproximarnos de forma integral al análisis de los indicadores mencionados. Destacamos la importancia de estas perspectivas debido a que las desigualdades de género son parte de problemáticas estructurales y también son consecuencia de numerosas inequidades como el acceso a los sistemas de salud y atención de calidad, así como a oportunidades de trabajo y educación. Estas disparidades también se ven a la hora de diseñar y evaluar políticas públicas de alcance federal e integral. En este sentido, el abordaje de género pero especialmente una perspectiva de género intersectorial -que contemple también disparidades etarias, de clase, de etnia, entre otras- contribuye tanto en el ámbito académico como profesional a acceder a visiones más complejas y acabadas de las problemáticas de género en relación con, por ejemplo, el derecho a la salud.

Además, el abordaje espacial y multiescalar de estas temáticas permite visibilizar la heterogeneidad de las problemáticas socio-territoriales, a la vez que habilita análisis a escala local y regional, imprescindibles para intervenir en el territorio con acciones que promuevan mayor justicia y equidad.

Teniendo en cuenta que los sistemas de salud no están ajenos a las desigualdades de género, a lo largo de este trabajo hemos presentado como estudio de caso la situación actual de la Argentina. Podemos reconocer en nuestra compleja geografía la heterogeneidad y las disparidades que mencionamos anteriormente. Los indicadores de mortalidad infantil y mortalidad materna nos han servido como ejemplos para representar las condiciones de salud de la sociedad argentina, pero en especial de las mujeres e infantes.

Referencias Bibliográficas

- Butler, Judith (2003). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Ed. Paidós, Barcelona.
- Butler, Judith (2007). *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*. Ed. Routledge, Nueva York. Edición en español: Ed. Paidós, Barcelona.
- CEPAL (2011). *Mortalidad en la niñez: una base de datos de América Latina desde 1960*. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/1425-mortalidad-laninez-base-datos-america-latina-960#:~:text=En%20Am%C3%A9rica%20Latina%20aproximadamente%2027,ello%20que%20una%20de%20las>
- Constitución de la Nación Argentina (1994). Ley 2.430. Texto oficial de la Constitución Nacional. Recuperada de: <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>
- Kanterewicz, L., Palazzesi, A. y Ramírez M.C. (2015). Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. A 12 años de la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable ¿Cómo estamos? En *Revista de la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA)*. Disponible en: http://www.amada.org.ar/images/revista_Amada_N2_2015.pdf
- Ley Nacional 23.179 (1985). Apruébase la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-23179-26305/texto>
- Ley Nacional 23.849 (1990). Apruébase la Convención sobre los Derechos del Niño. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/249/norma.htm#:~:text=Art%C3%ADculo%2024-,1.,disfrute%20de%20esos%20servicios%20sanitarios>.
- Ley Nacional 25.673 (2003). Dio origen al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25673_decretos_declaracion_de_repudio.pdf
- Ley Nacional 26.378 (2006). Apruébase la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Disponible en: vicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141317/norma.htm
- Ministerio de Economía y Finanzas GCBA (en línea). Dirección General de Estadística y Censos. Estadísticas vitales. Disponible en: <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/si/genero/principal-i>

- Ministerio de Economía y Finanzas Provincia de Buenos Aires (en línea). Dirección Provincial de Estadísticas. Cuadros estadísticos mortalidad y morbilidad. Disponible en: <http://www.estadistica.ec.gba.gov.ar/dpe/index.php/sociedad/salud/mortalidad-y-morbilidad/163-metodologia-mortalidad-y-morbilidad/203-cuadros-estadisticos-mortalidad-y-morbilidad>
- Ministerio de Salud de la Nación (en línea). Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/programa.php>
- Ministerio de Salud de la Nación (2011). Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud de la Nación. Políticas de Salud Sexual y Reproductiva. Avances y Desafíos. Disponible en: <https://argentina.unfpa.org/es/publicaciones/pol%C3%ADticas-de-salud-sexual-y-salud-reproductiva-avances-y-desaf%C3%ADos>
- Ministerio de Salud de la Nación (2019). Estadísticas vitales. Información básica. Año 2018. Argentina Año 2018, Serie 5 N° 62. Buenos Aires, diciembre de 2019. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2020/01/Serie5-Nro62.pdf>
- Morgan, Rosemary et al. (2018). Health Research Policy and Systems. BMC. Disponible en: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-018-0338-5>
- Murray, Anne (2008) From outrage to courage. Capítulo 1: Women's Health, Poverty, and Rights. Disponible en: http://www.xuetangx.com/c4x/Stanford/Womens-Health/asset/Ch_1_Women_s_Health_Poverty_Rights.pdf
- OMS (a) (en línea). Temas de salud. Salud reproductiva. Disponible en: https://www.who.int/topics/reproductive_health/es/
- OMS (b) (en línea). Determinantes sociales de la salud. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/es/
- OMS (2012). Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM. Disponible en: https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&alias=308-guia-de-la-oms-para-la-aplicacion-de-la-cie10-a-las-muertes-ocurridas-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio-cie-mm-5&category_sl=sip&Itemid=219&lang=es
- OMS (2015). Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015. Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. Sinopsis. Disponible en: <https://apps.who.>

int/iris/bitstream/handle/10665/204114/WHO_RHR_15.23_spa.pdf;jsessionid=9A5AC15546EFA0A27BCF0711BEE7F64?sequence=1

- ONU (1995). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994 Naciones Unidas, Nueva York. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf
- ONU (1996). Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 1995, Naciones Unidas, Nueva York. Disponible en: <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>
- ONU (2013). Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo, Montevideo 12 al 15 de agosto de 2013, Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf
- ONU (2014). Women's Rights are Human Rights. Disponible en: Women's Rights are Human Rights
- ONU ODS (en línea). Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/takeaction/>
- ONU ODS (Salud) (en línea). Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- ONU ODS (Género) (en línea). Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/>
- Organización Panamericana de la Salud (2018). Indicadores de salud. Aspectos conceptuales y operativos. Disponible en: http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2018/07/Indicadores-de-Salud_spa.pdf
- Our world in data (en línea). Recuperado de: <https://ourworldindata.org/>
- Parisi, Laura (2013). Gender mainstreaming human rights. En C. Holder & D. Reidy (Eds.), *Human Rights: The Hard Questions* (pp. 436-457). Cambridge: Cambridge University Press.
- Romero, Mariana; Ramos, Silvina y Ábalos, Edgardo (2010). Modelos de análisis de la morbimortalidad. Observatorio de Salud sexual y Reproductiva. Hoja informativa 03. Octubre de 2010. Disponible en: <http://www.ossyr.org.ar/hojas-informativas-03.html>
- Plan ENIA (2019). Sistema de monitoreo, Plan ENIA. Documento técnico n°7. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia Libro digital. Disponible en: Sistema de Monitoreo Plan ENIA

- Say Lale, et. Al (2014). Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014 Jun;2(6):e323-33. doi: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X. Epub 2014 May 5. PMID: 25103301. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25103301/>
- Seminario Galego de Educación para la Paz (2006). Educación emocional y violencia contra la mujer. Ed. Los libros de la Catarata, Madrid. Páginas 115-117.
- Silva, Joseli Maria (2009). Geografías Subversivas: discursos sobre espaço, gênero e sexualidades. Ed. Todapalavra, Ponta Grossa, Brasil.
- UNICEF (2008). Estado Mundial de la Infancia 2009. Salud Materna y Neonatal. Nueva York: UNICEF. Disponible en: www.unicef.org/spanish/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-ESP.pdf
- UNICEF (en línea). UNICEF Data: Monitoring the situation of children and women. Neonatal Mortality Data. <https://data.unicef.org/resources/dataset/neonatal-mortality-data/>
- UNICEF (2017). Perspectiva de género. ¿De qué hablamos cuando hablamos de perspectiva de género? Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-04/COM-1_PerspectivaGenero_WEB.pdf