Universidad Nacional de Córdoba

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela de Salud Pública

MAESTRÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

TESIS

CARACTERIZACIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EN LA POBLACIÓN ABORIGEN DE LA PROVINCIA DE FORMOSA DE 2000 A 2004

María Yvonne Ranaivoarisoa

2014

CARACTERIZACIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EN LA POBLACIÓN ABORIGEN DE LA PROVINCIA DE FORMOSA de 2000 a 2004

Maestrando: María Yvonne Ranaivoarisoa

Director: Prof. Dr. Ricardo Rizzi

Córdoba, Argentina, 2014.

TRIBUNAL DE TESIS

Prof. Dr. Ricardo Rizzi

Mgter. Susana Rivolta

Prof. Dr. Jorge Kiguen

Dedico esta tesis a:

Claudio, Safidy y Faneva

Todas las mujeres formoseñas

Dres. Jorge Krimer y Oscar Federico, in memoriam

Mis excompañeros de Nacydef de Formosa

Mis excompañeros del Centro de Salud nº90 (Ituzaingó Anexo)

Mis compañeros de la DAPS

Mis sinceros agradecimientos a:

Escuela de Salud Pública

Dr. Ricardo Rizzi

Lic. Rubén Castro

Lic. Susana Valverde

Art. 223. Ord. Rectoral 3/77:

"La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba no es solidaria con los conceptos vertidos por el autor".

ÍNDICE

Resumen 9
Abstract 10
Introducción 11
Objetivos 14
Marco de referencia 15
Mortalidad materna 15
Aborígenes 18
Concepto 18
En las Américas 20
En Argentina 21
En la provincia de Formosa 23
Pilagás 24
Tobas 24
Wichís 25
Distribución de la población aborigen por departamento y etnia 26
Mapeo de los asentamientos aborígenes 27
Provincia de Formosa
Geografía 27
Historia 28
Economía 31
Indicadores 32
Población general 32
Población indígena 33
Sistema de salud 36
Nacydef 38
Material y métodología 42
Resultados 44
RMM 44
RMM por etnia 44

Causas de defunción 44
Edad 45
Lugar de defunción 45
Lugar y tipo de parto 46
Edad gestacional del feto 47
Gesta y paridad 47
Control prenatal 47
Lugar de residencia 48
Discusión 50
Razón de Muerte Materna 50
Causa de muerte 51
Edad 51
Accesibilidad a los servicios de salud 52
Conclusión 57
Referencia bibliográfica 59
Anexos
Resolución Ministerial Nacydef
Planilla Nacydef

RESUMEN

Es muy conocido el abismo que existe entre la razón de mortalidad materna de Buenos Aires y la provincia de Formosa. Todos los indicadores socioeconómicos de Formosa figuran entre los peores del país. Estudiar la situación de la población aborigen de Formosa, en particular en materia de mortalidad materna, motivó la realización de la presente tesis. La vigilancia de la mortalidad materno-infantil permitió obtener datos para estimar la RMM en la población indígena. Se comparó la RMM de las mujeres aborígenes con la de las criollas. Se encontró que la RMM es 7 veces más alta en la población aborigen. No hubo diferencias significativas entre las RMM de las tres etnias aborígenes existentes en la provincia. El aborto no se manifestó como causa de MM durante el período de estudio, siendo la hemorragia la principal causa. Las mujeres indígenas mueren más jóvenes: el promedio de edad es de 23,3 años contra 28,7 años para las criollas. Resultaron más frecuentes los partos y muertes domiciliarios. La accesibilidad a los servicios de salud es más limitada, existiendo barreras geográficas, económicas y sicosociales.

ABSTRACT

It is well known that there is an enormous difference between the maternal mortality ratio in Buenos Aires and in the province of Formosa. All Formosa's socioeconomic indicators are among the worst in the country. Studying the situation of Aboriginal people in Formosa, particularly in maternal mortality, led to the elaboration of this thesis. The monitoring of maternal and infant mortality in that province provided data to estimate MMR in the indigenous population. The MMR of Aboriginal women was compared with the non aboriginal's. We found that the RMM is 7 times higher in Aboriginal people. There were not significant differences between the MMR of the three ethnic groups in the province. Abortion is not stated as a cause of MM during the studied period, being the main cause hemorrhage. Indigenous women die younger: the average age is 23.3 and 28.7 years old for non aboriginal. Domiciliary births and deaths are more frequent. Accessibility to health services is more limited, and there are geographical, economic and psychosocial barriers.

INTRODUCCION

Recién a mediados de la década de los ’80 la brecha entre la razón de Mortalidad Materna (RMM) de los países industrializados y la de los países en desarrollo llamó la atención del mundo académico y de los sanitaristas (Rosenfield and Maine, 1985). En la Declaración del Milenio[1], la Organización de las Naciones Unidas estableció 8 metas, entre las cuáles la reducción de la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes para el año 2015.

La muerte materna (MM), además de ser un grave problema sanitario, representa una tragedia social. Los factores que contribuyen a la MM son múltiples y pueden enfocarse desde dos ángulos: el de la etiología clínica y el de las condiciones sociales y culturales que exponen a algunas mujeres más que a otras. La MM refleja una enorme injusticia social, sabiendo que la MM es un evento que se puede evitar. De hecho, casi todas las MM son evitables, ya que existen soluciones terapéuticas o profilácticas para sus principales causas.

En 2005, de las 536000 mujeres que fallecieron en el mundo por causas relacionadas al embarazo, parto o puerperio, 99% ocurrieron en los países en desarrollo[2]. La RMM de algunos países subdesarrollados llega a ser 250 veces más alta que la de los países del primer mundo.

Dentro de un mismo país, los números pueden arrojar grandes disparidades entre provincias o zonas. Tan es así que en todos los manuales y escritos que tratan sobre la MM en la Argentina, se hace hincapié en las grandes diferencias entre las cifras de las distintas provincias, y se cita como ejemplo ilustrativo la brecha entre Capital Federal y Formosa, siendo la RMM en ésta última 18 veces más alta que la de Buenos Aires. En las zonas rurales, la RMM suele ser muy superior a la de las zonas urbanas.

En un ranking que elaboró la Universidad de la Plata[3] sobre la caracterización económico-social de las provincias argentinas, partiendo de 16 variables estipuladas, Formosa ocupa el último lugar. Es la provincia donde viven más pobres e indigentes, donde la tasa neta de escolarización secundaria es la más baja. Cuenta con un porcentaje de hogares en viviendas de tipo inconveniente tres veces más alto que el promedio nacional y con los más bajos niveles de ingreso per cápita.

En la actualidad no existen datos precisos sobre personas pertenecientes a pueblos indígenas en el país. La Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI) realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos en 2004-2005 estima a 600.000 las personas que se reconocen pertenecientes y/o descendientes de Pueblos Indígenas en la Argentina.

Las condiciones de vida de la población indígena son caracterizadas por la marginación y la pobreza. Todos los indicadores de desarrollo social lo demuestran.

En la Provincia de Formosa, existen tres etnias indígenas: toba (qom), wichí (mataco) y pilagá. Se estima que la población aborigen representa aproximadamente 7% de la población total de la provincia. Exhiben los peores indicadores sociosanitarios entre todas las poblaciones originarias del país.

En varios países de América Latina, como Honduras, Bolivia, Guatemala, México, la RMM de la población indígena alcanza el doble o incluso el triple de la cifra nacional.

La situación de la mujer formoseña aborigen es de suma vulnerabilidad por el impacto de la globalización en su territorio, que ha profundizado la marginación estructural que afecta a los indígenas históricamente. Su riesgo de morir por causa relacionada a la maternidad se multiplica por tres: en primer lugar por ser mujer,

en segundo lugar por vivir en la provincia menos desarrollada del país y en tercer lugar por ser aborigen.

Si bien existe información muy valiosa provista por la Encuesta de Condiciones de Salud Materno-Infantil de los Pueblos Originarios[4] realizada por el Ministerio de Salud de la Nación, no se publican datos concretos sobre la mortalidad materna.

La RMM indica la amplitud del problema y no su vulnerabilidad. Por lo tanto, conocer las distintas variables y los distintos factores que intervienen en cada MM podría ayudar a ser un aporte y un punto de partida para las acciones que tiendan a mejorar la situación, y es lo que se propone en el presente trabajo.

OBJETIVOS

Objetivo general

Describir las características y las circunstancias de muerte de las mujeres aborígenes de la provincia de Formosa que han fallecido durante el embarazo o dentro de los 42 días de la terminación del embarazo, en un período de 5 años, de 2000 al 2004.

Objetivos específicos

- Observar las diferencias entre las defunciones maternas en población aborigen y "criolla" de la provincia de Formosa
- Comparar las muertes maternas entre las tres etnias aborígenes existentes en Formosa
- Analizar el sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna e Infantil en la provincia de Formosa
- Describir las ocurrencias de las muertes maternas en mujeres indígenas en su contexto socio-cultural.

MARCO DE REFERENCIA

MORTALIDAD MATERNA

Según la 10ma clasificación Internacional de la Enfermedades (CIE10)[5], la defunción materna se define como “la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”. Se subdivide en dos grupos:

- Las defunciones obstétricas directas: son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.
- Las defunciones obstétricas indirectas: son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

La Razón de Mortalidad Materna (RMM), se calcula dividiendo la cantidad de defunciones maternas acaecidas en una población determinada durante un período determinado, generalmente un año, por la cantidad de nacidos vivos en la misma población y durante el mismo período. Es el indicador más utilizado.

Es un indicador que refleja de manera directa el estado de salud de una población, y permite vislumbrar las condiciones sociales, económicas y culturales de la misma.

Se estima la mortalidad natural, cuando no se hace nada para evitar la muerte materna, en aproximadamente 1.500 por 100.000 nacidos vivos (1.500/100.000 NV)[6]. Algunos países, ricos e industrializados, como Japón, Dinamarca, Canadá tienen una RMM del nivel de 5/100.000 NV, sea 300 veces menos. Sin embargo, hay países medianamente desarrollados, como China o Tailandia, o a veces pobres, como Sri Lanka, cuya RMM no está muy alejada de esa cifra, es decir alrededor de 50/100.000 NV.

Con un valor de 70/100.000 NV en el año 1980, la RMM de la Argentina experimenta un descenso sostenido para alcanzar 44/100.000 NV en 2007, a pesar de leves aumentos que coinciden con crisis económicas (hiperinflación 1989, efecto tequila 94-96, convertibilidad 2001-2002)[7].

La tasa de mortalidad materna (TMM) se define como el número de defunciones maternas en una población dividido por el número de mujeres en edad fecunda[2].

Se entiende por *Defunción Materna Tardía o Alejada*[3] la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo, y por *Defunción Relacionada con el embarazo*[3] la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo independientemente de la causa de defunción.

Para la notificación internacional de la MM, en el cálculo de las varias tasas y razones, sólo se incluyen las muertes que ocurren antes del final del período de referencia de 42 días, aunque el registro de las muertes que ocurran después puede ser útil para el análisis nacional.

Los subregistros en materia de defunción materna son frecuentes

sobre todo en lugares donde la inscripción de defunciones en los sistemas de registro civil no es sistemática. Además, si se desconoce el estado de gestación o de puerperio de la mujer, la muerte no se notificaría como defunción materna. No es excepcional que en el certificado de defunción no se especifique la causa, o que figuren diagnósticos imprecisos. Por esa razón, en la Argentina, se agregó en el certificado de defunción una sección que pregunta en caso de fallecimiento de una mujer si estaba embarazada, y la fecha del último parto.

Se reconocen como principales causas directas de muerte materna la sepsis, el aborto realizado en condiciones no seguras, la hemorragia, la hipertensión proteinúrica (preeclampsia grave, eclampsia) y el parto obstruido o prolongado.

En el mundo, según las estadísticas del año 2005[8], encabezan las causas de muerte materna las hemorragias graves (24%), seguidas por las causas indirectas (20%). Las infecciones son responsables de 15% de las defunciones maternas. El aborto ocupa el 4to lugar (13%), la eclampsia el 5to (12%). El 16% restantes son debidas en partes iguales por el parto obstruido y las otras causas directas.

Las cifras de América Latina y Caribe del año 2000[9] difieren levemente en cuanto a ranking y porcentajes: la hemorragia es responsable de 26% de las MM, y el aborto ocupa el tercer lugar con 14% en lugar de las infecciones.

En la Argentina, la situación es muy distinta. Así, en el año 2003, con una cifra de 27%, el aborto es la primera causa de MM; solo el 11% de las MM son producidas por causas indirectas[10].

Tabla 1: Frecuencias y ranking de las causas de muerte materna

	Mundo (2005)		América Latina y Caribe (2000)		Argentina (2002)	
	Frecuencia	Ranking	Frecuencia	Ranking	Frecuencia	Ranking
Hemorragias	24%	1°	26%	1°	19%	2°
Causas indirectas	20%	2°	18%	2°	11%	5°
Infecciones	15%	3°	13%	4°	14%	4°
Aborto	13%	4°	14%	3°	27%	1°
Eclampsia y preeclampsia	12%	5°	13%	4°	15%	3°
Parto obstruido	8%	6°	7%	6°	14%	6°
Otras causas directas	8%	6°	9%	5°		

Elaboración propia a partir de datos de datos de la OMS, de la OPS y de las Estadísticas del Ministerio de Salud de la Nación

ABORÍGENES

Concepto

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, “aborigen” significa “Originario del suelo en que vive (tribu, animal, planta); se dice del primitivo morador de un país, por contraposición a los establecidos posteriormente en él”.

Es un término amplio que se refiere generalmente al habitante perteneciente a una cultura que ya no es la predominante en un lugar y que ha cedido lugar a una nueva, ya sea por violencia, asimilación o cualquier otro proceso o combinación de procesos. Se emplean otros términos para designar a los aborígenes: pueblos

indígenas, poblaciones indígenas, pueblos originarios, pueblos autóctonos, comunidades nativas, tribus, naciones, nativos americanos, etnias, grupos étnicos, primeras naciones, nacionalidades, pueblos, sociedades, amerindios, etc.

En las resoluciones, convenios y declaraciones internacionales se utiliza el término *pueblos indígenas.*

Se calcula que hay en más de 70 países del mundo unos 300 millones de personas pertenecientes a pueblos indígenas. Puede afirmarse que los pueblos indígenas figuran actualmente en el mundo entre las comunidades más desfavorecidas y desvalidas.

En 1982, el Consejo Económico y Social de la Secretaría de las Naciones Unidas creó el Grupo de Trabajo sobre las Poblaciones Indígenas cuya actividad más importante fue la elaboración del proyecto de declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas.

En el año 1989, el Convenio de la Organización Internacional del Trabajo (n° 169)[12] sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes menciona en el Artículo 1 que “los pueblos en países independientes son considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenecía el país en la época de la conquista, colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas”. El concepto de *pueblo* se refiere al conjunto de rasgos que caracterizan a un grupo humano en cuanto a su territorio, historia, cultura y etnia, confiriéndole un sentido de identidad.

Las Naciones Unidas proclamaron 1993 Año Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo. En 1994, se inauguró el Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo.

El día 13 de septiembre de 2007, la Asamblea General de las Naciones Unidas dio un nuevo impulso a la protección de los Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas, mediante la adopción de una declaración que concluyó con más de 25 años de negociaciones sobre los derechos de pueblos nativos a proteger sus tierras y recursos, y a mantener sus culturas y tradiciones únicas.

En las Américas

Entre 45 y 50 millones de indígenas pertenecientes a más de 600 pueblos diferentes forman parte de la población de 24 países de las Américas.

En 1993 el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) llegó a las siguientes conclusiones:

- La situación de salud de los pueblos originarios está determinada por un proceso histórico cuyo resultado ha sido la dependencia, la pérdida de identidad y la marginación.
- Los pueblos originarios de las Américas tienen una expectativa de vida más corta que los grupos homólogos de la sociedad nacional, mayores tasas de mortalidad y un perfil de morbilidad diferente
- Los Pueblos Originarios sufrieron un cambio forzado de medio ambiente y del estilo de vida

A pesar de su gran riqueza cultural y humana, estos pueblos sufren desigualdades económicas, jurídicas y sociales que se expresan, entre otras cosas, en una pobreza alarmante y condiciones de vida y salud deficitarias. Asimismo, su estado de salud refleja una vulnerabilidad como lo muestran los datos siguientes[13]:

- En Canadá, la pobreza afecta 34% de los indígenas, y 17% de los no indígenas. En Chile, esas cifras son respectivamente de 32% y 20%.

- Bolivia registra un índice de 19% de analfabetismo entre los aborígenes y de 4% en el resto de la población.
- En los lactantes indígenas de Panamá, la mortalidad es 3,5 veces más alta que en otros niños.
- La razón de mortalidad materna en Honduras es 255/100.000 NV en la población indígena contra 147/100.000 NV en el resto, mientras en Guatemala es 83% veces más elevada que la tasa nacional.

Motivados por esta situación, en 1993, la OMS y la OPS ponen en marcha la "Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas", y se establecen los siguientes cinco principios básicos para regir toda acción que se tome para mejorar las condiciones de los pueblos indígenas[14]:

- La necesidad de un abordaje integral de la salud.
- El derecho a la auto-determinación de los pueblos indígenas.
- El derecho a la participación sistemática.
- El respeto y la revitalización de las culturas indígenas.
- La reciprocidad en las relaciones.

En Argentina

No existen datos precisos sobre número de personas pertenecientes a pueblos indígenas. El Censo Indígena Nacional (CIN) de 1966-1968 contabilizó 165.381 indígenas (75.675 censados y 89.706 estimados).

En 1998, el Honorable Congreso de la Nación Argentina sancionó la Ley 24.956 de Censo Aborigen y el INDEC realiza la Encuesta Complementaria de Pueblo Indígena (ECPI) en 2003-2004.

Dicha encuesta tuvo como objetivo cuantificar y caracterizar la población que se reconoce perteneciente y/o descendiente de

Pueblos Indígenas. Según la ECPI entre un 2 % y un 28 % de las distintas etnias no se reconoce como perteneciente a su pueblo aún cuando sus padres se autorreconocen. De esta manera los resultados de ECPI no concuerdan con los estudios realizados por ONG y otras organizaciones (INDEC, ENDEPA, INAI, etc.) que duplicaban los resultados del ECPI.

La ECPI estima que hay 600.329 personas que se reconocen pertenecientes y/o descendientes en primera generación de pueblos indígenas (población indígena)[15]**.** Estas personas forman parte de una gran diversidad de pueblos indígenas y están distribuidas en todas las provincias del país. Existen más de 40 etnias. Los pueblos mapuche, kolla, toba y wichí en conjunto agrupan cerca del 50% de la población relevada.

La vulnerabilidad causada por la marginación y la pobreza caracteriza las condiciones de vida de las poblaciones indígenas. Es importante destacar que el 23,5% de los hogares indígenas se encuentran con las necesidades básicas insatisfechas, una proporción muy alta comparada con el resto de los hogares (13,8%). La tasa de analfabetismo para la población indígena de 10 años o más es del 9,1%, tres veces y media mayor que la nacional (2,6%). El 78,2% de la población indígena de 15 años y más tienen como máximo el secundario incompleto, mientras que uno sobre tres no completó la primaria o no tiene instrucción[16].

La consideración constitucional de los pueblos indígenas como sujetos de derecho fue incorporada en la reforma constitucional de 1994[17].

> *"Reconocer la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas argentinos.*
> *Garantizar el respeto a su identidad y el derecho a una educación bilingüe e intercultural; reconocer la personería jurídica de sus comunidades, y la posesión y propiedad*

comunitarias de las tierras que tradicionalmente ocupan; y regular la entrega de otras aptas y suficientes para el desarrollo humano; ninguna de ellas será enajenable, transmisible ni susceptible de gravámenes o embargos. Asegurar su participación en la gestión referida a sus recursos naturales y a los demás intereses que los afecten. Las provincias pueden ejercer concurrentemente estas atribuciones".

En la Provincia de Formosa

La Constitución de la provincia de Formosa[18], expresa en el artículo 79 el reconocimiento de la identidad étnica y cultural de los aborígenes. "La Provincia reconoce al aborigen su identidad étnica y cultural, siempre que con ello no se violen otros derechos reconocidos en esta Constitución; y asegura el respeto y desarrollo social, cultural y económico de sus pueblos, así como su efectivo protagonismo en la toma de decisiones que se vinculen con su realidad en la vida provincial y nacional.

Asegura la propiedad de tierras aptas y suficientes; las de carácter comunitario no podrán ser enajenadas ni embargadas. La utilización racional de los bosques existentes en las comunidades aborígenes requerirá el consentimiento de estas para su explotación por terceros y podrán ser aprovechados según sus usos y costumbres, conforme con las leyes vigentes".

Con la reforma constitucional del año 2003[19], ese artículo se convirtió en el siguiente: La Provincia reconoce "la preexistencia de los pueblos aborígenes que la habitan. El Estado reconoce y garantiza:

1) Su identidad étnica y cultural.
2) El derecho a una educación bilingüe e intercultural.
3) La personería jurídica de sus comunidades.

4) La posesión y propiedad comunitaria de las tierras que tradicionalmente ocupan. Ninguna de ellas será enajenable, transmisible ni susceptible de gravámenes o embargos.
5) Su participación en la gestión referida a sus recursos naturales y a los demás intereses que la afecten."

De los grandes grupos que habitaron el actual territorio de la Provincia de Formosa, quedan aún dispersas alrededor de 35.000 personas, agrupadas en aproximadamente 110 comunidades. Son Tobas, Pilagás y Wichís. Representan el 7,5% de la población provincial[20].

Pilagás[21]

Los Pilagás son descendientes de los guaycurús, aborígenes que habitaban en los montes, en el norte del territorio argentino. Han conservado en gran parte una cultura autóctona. Son de estatura alta y complexión fuerte.

Trabajan como cosecheros (en la zafra del algodón y otros cultivos), hacheros y realizan artesanías típicas las cuales venden para ayudar a su subsistencia. Practican la agricultura y la ganadería de cabras y ovejas además de aprovechar los frutos del monte como base de su alimentación.

Hablan su lengua nativa que forma parte de la familia lingüística mataco-guaycurú.

Distintas fuentes estiman entre 5000 y 9800 los miembros de la etnia Pilagá. Habitan en el Chaco y la parte central de Formosa donde están repartidos en 19 comunidades.

Tobas[22]

El término "toba" significa "frentón, de frente ancha", y deriva de la costumbre de depilarse la frente en señal de duelo. Los Tobas,

pertenecientes al grupo lingüistico Guaycurú, son alrededor de 60.000 personas. Viven en la provincia del Chaco, Formosa, norte de Santa Fe y Salta, en Argentina. También hay comunidades en Paraguay. Existen asentamientos por migración en Rosario y Buenos Aires.

La mayoría vive en el monte sin ser propietarios de las tierras que ocupan, salvo por unos pocos que tienen títulos. Otros viven en barrios suburbanos.

Constituyen comunidades rurales o urbanas con sus líderes tradicionales o comisiones vecinales, asociaciones comunitarias, cuyos miembros son elegidos por la comunidad.

Cultivan pequeñas parcelas, trabajan como peones temporarios en los algodonales, obrajes, aserraderos, hornos de ladrillos y carbón o son empleados municipales en los pueblos. Ocasionalmente cazan, pescan y recolectan frutos y miel silvestre si las condiciones lo permiten.

Hablan su lengua, hacen artesanías de barro, de palo santo, tejidos de fibras vegetales, conservan algunos bailes y cantos.

Los asentamientos tobas están dispersos en todo el territorio de la provincia de Formosa. De hecho solo en el departamento de Ramón Lista no se encuentran comunidades tobas.

Wichís[23]

Los wichis son aproximadamente unas 80.000 personas. Juntos con los Chulupis y los Chorotes, forman la familia de los Mataco-Mataguayo. Viven en Salta, Formosa y Chaco, y también en Bolivia y Paraguay. Son pueblo del monte aunque ocupan las periferias de los pueblos como Ingeniero Juárez y Las Lomitas en Formosa, o Los Blancos y Embarcación, en Salta.

Hoy ocupan tierras marginales, montes deteriorados debido a la tala indiscriminada de árboles y a la instalación de petroleras que ocasionan la pérdida de la fauna autóctona.

En Formosa, las comunidades del oeste recuperaron, en gran parte, el reconocimiento legal de las tierras que ocupan.

Viven en comunidades situadas en las cercanías de poblados blancos, en medio del monte o sobre la ribera del Pilcomayo y Bermejo, con líderes tradicionales y elegidos por la comunidad.

Muchos aún practican la recolección de frutos y miel del monte, cazan y pescan.

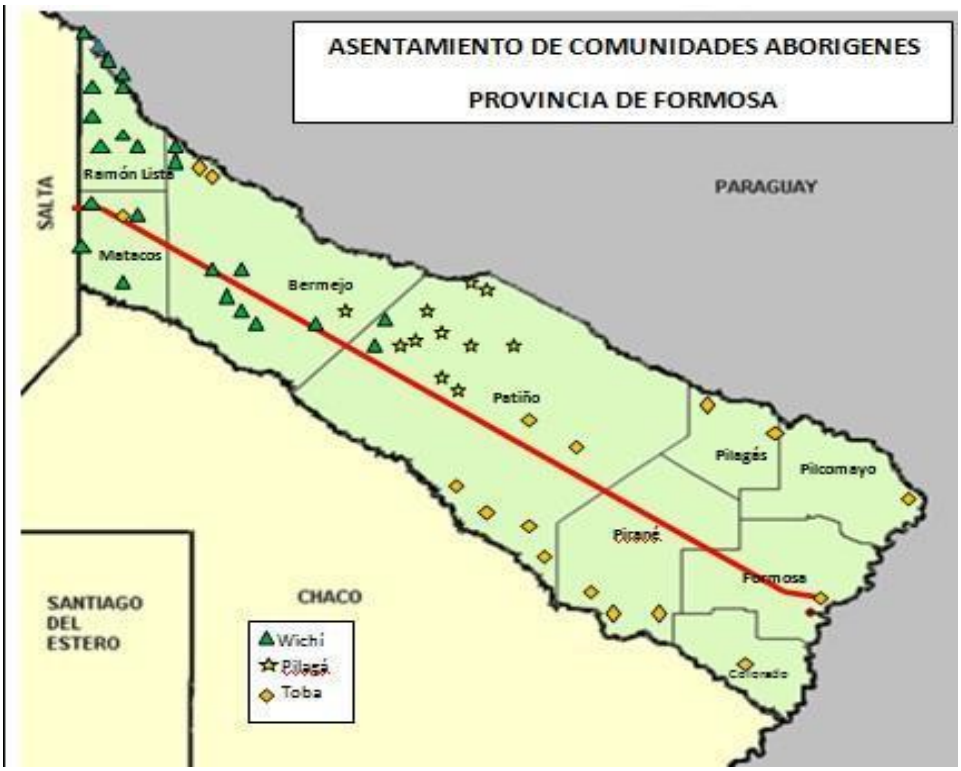
Otros trabajan en obrajes madereros, en desmontes o son cosecheros temporarios en campos ajenos. Tallan la madera del palo santo, tejen con fibras de chaguar y hacen una utilitaria alfarería que venden también.

Tabla 2: Distribución de la población aborigen de la Provincia de Formosa por etnia y departamento

Departamento	Población total 2005	Wichí	Toba	Pilagá	Población total Indigena
Bermejo	12829	2943	1843	80	4866
Formosa	209787		2743		2743
Laishi	16297		1320		1320
Matacos	12107	5775	220		5995
Patiño	64443	2970	3190	5911	12071
Pilagas	17456		550		550
Pilcomayo	77887		2420		2420
Pirané	63967		990		990
Ramón Lista	10917	7084	0		7084
Total	485690	18772	13276	5991	38039

Fuente: Plan para Población Indígena (PPI). Ministerio de Desarrollo Humano de de Formosa, 2008

Mapeo de las comunidades aborígenes de Formosa



Fuente: Ministerio de Desarrollo Humano de la provincia de Formosa.

PROVINCIA DE FORMOSA

Geografía[24, 25]

La provincia de Formosa tiene una superficie de 72066 km^2 por una población de unos 500.000 habitantes. Políticamente está dividida en 9 departamentos: Bermejo, Formosa, Laishí, Matacos, Patiño, Pilagá, Pilcomayo, Pirané, Ramón Lista. Pertenece a la Región del Noreste Argentino (NEA), que abarca también a las provincias de Chaco, Corrientes y Misiones. En su extremo noroeste, la cruza el Trópico del Capricornio.

La rodean los ríos Pilcomayo al norte, Paraguay al este y Bermejo al sur. Los ríos Pilcomayo y Paraguay constituyen una frontera natural de 921 km con el Paraguay, mientras el Bermejo separa Formosa de la provincia de Chaco. Al oeste, la Línea Barilari representa el límite con la provincia de Salta.

La provincia está a 200 metros sobre el nivel del mar, en una llanura absoluta con un leve declive de alrededor de 70 metros en el sentido oeste-este en los 500 km que tiene de ancho.

Un clima subtropical, con altas temperaturas prevalece en todo el territorio, con diferencia de régimen pluvial: abundante al este, y seco y árido al oeste donde se producen periodos de largas sequías.

El suelo es arcilloso e impermeable. En caso de lluvia, los caminos de tierra se vuelven lodosos, muchas veces impracticables. Hasta el año 2006 que vio asfaltada en su totalidad la ruta nacional 86 que atraviesa la provincia de este a oeste, la mitad oeste de la provincia contaba con solo rutas intransitables en caso de lluvia.

La división política es de 9 Departamentos y 37 Municipios. 27 de ellos de menos de 5.000 habitantes y solo 5 superan los 10.000 habitantes.

Historia[26]

El actual territorio de la provincia estaba habitado en el siglo XVI, de este a oeste, por las siguientes etnias: los *payaguás*, qom'leks, pilagás, nivaklés y wichis, a estas se sumaban pequeñas poblaciones mixtas como las de los mataguayos y malbalas.

Los primeros europeos de los que se sabe llegaron a pisar el suelo actualmente formoseño en 1528[27], se considera que es desde esa época que la zona recibió el nombre español arcaico de Formosa (Hermosa) en recuerdo de una vuelta del río Paraguay con hermoso paisaje, excelente pesca y caza y muy buen terreno para acampar y fondear navíos.

Sin embargo, y pese a las proximidades de Asunción del Paraguay y de Corrientes, la resistencia de las poblaciones originarias hizo

imposible el asentamiento estable de poblaciones europeas o criollas hasta casi fines del siglo XIX.

Hacia mediados del siglo XVIII, se instalaron en cercanías de la actual localidad de Herradura los misioneros jesuitas, fundando una misión en 1783, bajo la gobernación del Paraguay y del Obispado de Asunción. Cuatro años más tarde los jesuitas fueron expulsados.

Desde 1811 y hasta 1865 el territorio de la actual provincia de Formosa se encontraba litigado por Argentina y Paraguay, no pudiendo hacer efectiva su soberanía ninguno de los dos estados.

En 1865 Argentina firmó el Tratado de la Triple Alianza con Brasil y Uruguay. Por este tratado las actuales provincias de Formosa y Chaco y una extensa porción del actual Chaco paraguayo deberían quedar en territorio argentino al finalizar la guerra.

En 1872, por decreto presidencial, se creó la "Gobernación de los territorios del Chaco", región que actualmente es jurisdicción de la República del Paraguay. Por el mismo decreto se creaba la capital de esa gobernación: "Villa Occidental" (llamada entonces "Villa Argentina", actualmente en territorio paraguayo con el nombre de "Villa Hayes").

En 1876 se firmó el tratado de límites entre Argentina y Paraguay. Sin embargo, no se llegó a un acuerdo con respecto al territorio entre los ríos Pilcomayo, Paraguay y Verde, por lo cual el diferendo fue sometido al arbitraje del presidente de los Estados Unidos, quien falló dos años más tarde en contra de las pretensiones argentinas. Se procedió entonces a la evacuación de Villa Occidental que fue entregada a Paraguay.

En 1879 se fundó la ciudad de Formosa, en el lugar denominado "*Vuelta Formosa*" que pasó a ser la capital del Gran Chaco argentino hasta la división del territorio en 1884.

Entre 1883 y 1884 fueron sometidas las poblaciones originarias.

En 1884 con la ley de Territorios Nacionales, Formosa quedó separada de la gobernación argentina de Chaco por el curso nuevo del río Bermejo.

A partir de 1885 una población criolla y blanca permanente empezó a poblar el territorio.

Los franciscanos comienzan a desarrollar los poblados de Tacaaglé y Laishí como reducciones de aborígenes en 1901.

El gobierno crea los nueve departamentos de la Provincia en 1915.

En 1955 Formosa pasa a ser provincia. Recién tuvo su Constitución Provincial en 1957 y su primer gobierno constitucional en 1958.

La convivencia entre las poblaciones criolla y aborigen fue marcada por varios acontecimientos trágicos. Así, el masacre de Fortín Yunká[28, 29], también conocido como “el último malón”, que tuvo lugar en marzo de 1919 en el centro norte de la provincia, dejó 15 muertos: los miembros de la guarnición del fortín y sus familias. El hecho fue atribuido a los Pilagás, y aunque no hubo pruebas, las represalias posteriores provocaron la muerte o el desplazamiento de sus territorios originales de un número indeterminado de indígenas.

El Masacre de Rincón Bomba[30,31] o Genocidio pilagá ocurrió en octubre de 1947 en el "Paraje Rincón Bomba", cerca de la población de Las Lomitas. Allí cientos de indígenas pilagás habrían sido atacados con ametralladoras por la Gendarmería Nacional Argentina. El hecho ocurrió cuando miles de pilagás estafados regresaron a las Lomitas, caminando de Salta donde les habían prometido trabajo en un ingenio azucarero. Llegaron agotados, hambrientos y enfermos. Al enterarse, el presidente envió tres vagones ferroviarios llenos de alimentos, ropas y medicinas. Los vagones llegaron luego de muchas semanas a Las Lomitas con

alimentos ya vencidos que fueron distribuidos igualmente entre los pilagás. A causa de intoxicaciones alimentarias, murieron unos cincuenta indígenas. Por temor a una rebelión, la Gendarmería Nacional rodeó el campamento y los mantuvo confinados. El 10 de octubre de 1947, el cacique Pablito junto con más de mil mujeres, niños, hombres y ancianos pilagás fueron a dialogar con el comandante de gendarmería, pero fueron ametrallados por efectivos de esta. Los sobrevivientes fueron perseguidos y en los días siguientes más pilagás murieron fusilados en los alrededores.

Más recientemente, hubo enfrentamientos entre la policía y la población toba en los cuales se lamentó la muerte de dos personas[32, 33]

Economía[34, 35]

El Producto Geográfico Bruto (PBG) de la provincia representa el 0,48% del PBI nacional. La economía de la provincia está conformada esencialmente por el sector terciario dentro del cual se destaca la elevada participación del sector público que representa el 45% del mismo (CEPAL, *Participación Provincial en el total nacional del PBG)*.

En Formosa hay pocas industrias: producción de tanino para elaborar adhesivos, aditivos y curtientes, sector textil (algodón, cuero y de pieles silvestres), embotelladora de gaseosa.

La economía se basa en la agricultura y la ganadería que fue por mucho tiempo la fuente principal de economía de la provincia: vacunos, cabras y búfalos.

La producción de algodón, que ha sufrido una fuerte reducción entre los años 70 y 90, asegura la mitad de la producción económica de la provincia. Luego le sigue la producción de soja, de maíz, de bananas, de cítricos, especialmente de pomelos y de miel.

La industria del turismo, aunque no muy avanzada, constituye un alternativa en expansión.

Indicadores

Población general

En un estudio realizado en el año 2003 por la Universidad de La Plata se describe la situación relativa de las provincias argentinas utilizando indicadores tanto económicos como sociales. Los resultados muestran que la provincia de Formosa se ubica en el último lugar en el ranking económico-social[3]. El indicador sintético económico-social utilizado para el ranking es constituido por dos componentes: un indicador económico (calculado a partir de exportaciones per cápita, consumo de energía eléctrica per cápita, tasa de actividad; y tasa de empleo) y un indicador social (calculado a partir de mortalidad infantil, analfabetismo, tasa neta de escolarización secundaria; hacinamiento del hogar, tipo de vivienda, condiciones sanitarias, coeficiente de Gini, tasa de incidencia de la pobreza y calidad educativa).

La provincia de Formosa tiene las características habitacionales más deficientes del país con 13,3% de hogares con hacinamiento; 51,7% sin ningún tipo de retrete y 18,6% se consideran como viviendas de tipo no convenientes (ranchos; casillas; piezas de inquilinato; locales no construidos para viviendas; y viviendas móviles).

La tasa de mortalidad infantil de la provincia fluctuó entre 23 y 32‰ durante el período 1990- 2001, siendo el promedio nacional entre 17 y 25‰ por el mismo período.

En Formosa solo 57,1% de las personas de 13 a 17 años de edad asisten a la escuela, siendo la tasa promedio nacional de escolarización secundaria de 68,1%.

En cuanto al Coeficiente de Gini, que mide la desigualdad en la

distribución del ingreso y cuyo valor varía de 0 a 100, el valor promedio para el período 1992-2002 fue de 46 para Formosa, siendo los valores máximo y mínimo respectivamente de 39 y 51 para el país.

Como indicador de actividad económica, las *exportaciones per cápita* muestran, en el período 1999-2001, un valor promedio de 667 dólares. El valor máximo de exportaciones per cápita se observa en Santa Cruz (4621 dólares) y el mínimo en Formosa (35 dólares).

Con las provincias de Santiago del Estero y Chaco, Formosa registra las menores tasas de actividad para el promedio 1992-2002. Dicha tasa se calcula como el cociente entre la población económicamente activa, compuesta por la población ocupada más la población desocupada, y la población total.

La tasa de natalidad de la provincia, estimada por el INDEC para el 2004, es de 26,5 ‰ para la población, muy superior a la media nacional (19,3 ‰) y la más alta del país en relación a las demás provincias.

Población indígena

La Encuesta sobre las Condiciones de salud Materno- Infantil de los Pueblos Originarios (ECMIPO)[4] realizada en 2007 consistió en entrevistar a embarazadas, puérperas y madres de hijos menores de 6 años pertenecientes a poblaciones originarias. Permitió obtener información sobre las condiciones de salud de las madres y de los niños pero también información sobre diversos aspectos relacionados con el hogar, su composición, su estructura familiar, la vivienda, el ingreso, el nivel de educación, etc.

Los indicadores que resultaron de la encuesta muestran las diferencias entre la situación de las mujeres aborígenes de las distintas regiones.

Así, en lo que respecta al tipo de vivienda, puede observarse que más de la mitad de las entrevistadas vive en casas (58,8%); en Formosa esa proporción es solo de 28,9% contra 68,8% que viven en rancho, solo 6,3% tienen acceso al agua de red (diez veces menor que el promedio nacional) y casi la totalidad (97,8%) usa leña o carbón para cocinar.

En cuanto al ingreso familiar, los promedios más bajos son los de Chaco y Formosa, 144$ y 177$ respectivamente, lejos del promedio nacional que es de 506$. De las mujeres aborígenes encuestadas, una sobre cuatro declara que su hogar no percibe ningún ingreso.

Consultadas sobre la situación laboral del jefe del hogar, un 71,9% afirma que el jefe del hogar trabajó durante la última semana en la que fue entrevistada, un 14,7% no trabajó pero buscó, y un 13% no trabajó ni buscó. En Formosa esos porcentajes son respectivamente de 47,9%, 6,7% y 45,2%.

A nivel nacional, casi 90% de las entrevistadas saben leer y escribir en castellano mientras que en Formosa solo lo hacen un poco más de la mitad (55,2%). El nivel de estudio alcanzado es bajo para 95% de las mujeres formoseñas encuestadas (66% a nivel nacional). Sin embargo, el porcentaje de hogares con niños en edad escolar que no asisten a la escuela es más bajo en Formosa (1,8% contra 3,1%).

En cuanto al acceso al sistema de salud, 70% de las mujeres aborígenes formoseñas consultadas dicen que no se acercó un agente sanitario a visitarlas durante los últimos 12 meses; 45,7% demoran más de una hora para llegar al establecimiento de salud más cerca, distancia que el 88,7% de ellas recorren a pie.

Se detectó a nivel nacional un elevado nivel de consultas para control del embarazo, del orden del 87%. Sin embargo en Formosa 21,1% de las embarazadas entrevistadas no realizaron control, cifra

solamente superada e incluso duplicada por Misiones.

De todas las mujeres entrevistadas, a 12,6% se le ha muerto por lo menos un hijo; en Formosa esa proporción asciende a 23,8%. De las 360 mujeres que perdieron tres hijos antes del año de vida, 150 son de la provincia de Formosa. Lo son también 22 de las 24 que perdieron 5 hijos antes del año de vida.

El desconocimiento de métodos anticonceptivos presenta altísimos porcentajes en las mujeres de la provincia de Formosa (57,8%), siendo el promedio nacional de 10,2%.

Entre las etnias, se observan diferencias en los indicadores. En materia de salud, mientras 70% de las mujeres pilagás entrevistadas manifiestan no conocer ningún método anticonceptivo, 30,7% y 56,9% de las tobas y wichí respectivamente desconocen. Respecto a la realización de Papanicolau o colposcopia en el último año, solo 5,9% de las mujeres pilagás lo han efectuado, la proporción ronda los 22% entre las tobas y las wichís.

Tabla 3: Algunos indicadores según etnia y sexo

Etnia	**Analfabe-tismo (en mayores de 10 años)**	**Sin instrucción (en mayores de 15 años)**	**No tiene obra social**	**Consulta curandero aborigen**	**Consulta médico de hospital público**	**Consulta agente sanitario aborigen**	**Parto domici-liario ***
Toba	Total: 19,3% Varones: 15,9% Mujeres: 22,9%	Total: 19,6% Varones: 16,2% Mujeres: 23,2%	89,6%	27%	94,7%	31,4%	Con partera o médico 5,7% Sin partera o médico: 9%
Pilagá	Total: 19% Varones: 13,2% Mujeres: 25,5%	Total: 18,3% Varones: 12,3% Mujeres: 25%	93,1%	81,5%	91,8%	86,8%	No disponible
Wichí	Total: 22,6% Varones: 16,1% Mujeres: 29,7%	Total: 19,9% Varones: 14,4% Mujeres: 25,6%	94,5%	23,6%	95,1%	65,8%	Con partera o médico: 9% Sin partera o médico: 17,7%

** Ultimo parto en mujeres de 12 años o más*

Elaboración propia a partir de datos de ECPI[15]

Sistema de Salud

El sistema de salud de Formosa, al igual que en toda la Argentina resulta de la coexistencia de tres subsistemas: el público, el de Obras Sociales y el privado. Este último, entendido como Medicina prepaga, es casi inexistente El sistema público, integrado por los establecimientos públicos con distintos niveles de atención, funciona bajo la coordinación del Ministerio de Desarrollo Humano y presta servicios gratuitos. La Obra Social de la administración pública provincial constituye la componente principal del sistema de Obras Sociales de la provincia.

La Constitución de la Provincia[17], en sus artículos 80 y 81 establece "la estrategia de la atención primaria de la salud, comprensiva e integral, como núcleo fundamental del sistema salud, conforme con el espíritu de la justicia social".

La organización del sector público[36] del sistema de salud provincial se basa en Distritos formados por un conjunto de Áreas Programáticas. Cada Distrito está encabezado por un hospital de segundo nivel, mientras cada área programática incluye un hospital de primer nivel, centros de salud y puestos sanitarios. Como establecimientos de tercer nivel, la provincia cuenta con un hospital de alta complejidad, un hospital central para patologías diversas y un hospital materno-infantil que actúan como referencia final para toda la provincia.

Existen 12 Distritos, 67 Áreas Programáticas y 202 establecimientos de salud en el territorio provincial. Todos los establecimientos de salud del sector público pertenecen al ámbito provincial.

Se describe a continuación la estructura de los efectores de salud:

A Primer Nivel de Atención: atiende patologías de bajo riesgo-baja complejidad.

- A 1- efector asistido por un auxiliar de enfermería o agente sanitario que depende de un efector A 2 y es visitado regularmente por su equipo médico.
- A 2- efector con atención médica continua, ambulatoria.
- A 3 Rural- efector con atención médica continua ambulatoria, atención del parto normal e internación transitoria.
- A 3 Urbano- efector con atención médica continua ambulatoria y algún servicio auxiliar de diagnóstico.
- A 4- efector con atención médica continua ambulatoria, atención del parto normal, internación de bajo riesgo y servicios auxiliares de diagnóstico.

B Segundo Nivel de Atención: atiende patologías de mediano riesgo-mediana complejidad, cuenta con oferta quirúrgica y médicos especialistas al menos de las cuatro clínicas básicas, con guardias médicas activas, internación de mediano riesgo, atención del parto normal y complicado, servicios ambulatorios de las cuatro clínicas y servicios auxiliares diagnósticos. Constituye el primer nivel de referencia para los efectores de la red caracterizados con la letra A

- B 1- cirugía de baja complejidad, especialistas de las 4 clínicas básicas.
- B 2- cirugía de mediana complejidad, otras especialidades además de las 4 clínicas básicas.

C Tercer Nivel de Atención: efectores con la máxima complejidad que cuenta la Provincia, atienden patologías de alto riesgo-alta complejidad y constituyen el segundo nivel de referencia de la red.

Para la estructura sanitaria en las comunidades aborígenes[37], 10 Centros de Salud u Hospitales Rurales con atención médica permanente atienden las comunidades de mayor población (promedio 800 habitantes). Las comunidades cuya población ronda los 250 disponen de una sala o puesto sanitario con personal

permanente (enfermero o agente sanitario) y reciben periódicamente la visita del equipo médico del área Programática. Las pequeñas comunidades reciben la visita médica en las escuelas o salones comunitarios.

Unos 120 agentes sanitarios indígenas prestan servicio en toda la provincia.

NACYDEF[38]

En los años 1996-1997, el Ministerio de la Salud de Nación, apoyado por distintos organismos internacionales como el UNICEF, la OPS y el Banco Mundial promovió la vigilancia de la mortalidad materna e infantil, e instó las jurisdicciones a instalar un sistema de monitoreo local de esos eventos.

La idea fue inmediatamente adoptada por el Ministerio de Desarrollo Humano (MDH) de Formosa, y se creó el comité NACYDEF (Nacimientos y Defunciones) mediante Resolución Ministerial de agosto de 1996. Se trata de una comisión multidisciplinaria, presidida por el más alto nivel de decisión del ministerio.

Distintas áreas del Ministerio formaron parte del comité: Maternidad e Infancia, Estadísticas, Epidemiología, Capacitación y Docencia, Inmunizaciones, Atención Médica, Normatización Sanitaria, Directores de los Hospitales de Referencia, Salud Mental, etc.

Entre los motivos que fundamentaron la creación del Comité Nacydef, se destacan los siguientes:

- "Las tasas de morbi-mortalidad materna e infantil muy elevadas,
- La dificultad de accesibilidad al sistema de salud por distintas causas: geográficas, culturales e institucionales,
- El deficiente sistema de información, ya que los datos

bioestadísticos llegan con mucho tiempo de atraso".

Además del objetivo principal que era disminuir las tasas de morbimortalidad materna e infantil, se definieron varios objetivos específicos:

- Estimular e implementar la utilización de registros y su monitoreo local.
- Promover la integración multidisciplinaria e intersectorial del equipo de salud.
- Evaluar el funcionamiento del Sistema de Salud en todos sus niveles.
- Lograr el consenso del equipo de salud en cuanto al funcionamiento de la red de atención del Sistema de Salud.
- Afianzar el concepto de población de responsabilidad y promover la participación activa, involucrando en el problema a los demás miembros del equipo de salud, profesionales y no profesionales.
- Sistematización de las técnicas de control de embarazadas y niños y adecuación a nivel local.
- Análisis en conjunto de las oportunidades perdidas.

Todos los efectores de salud pública deben notificar semanalmente al Nivel Central, en las planillas correspondientes, con los datos pertinentes (en caso de defunción: identificación, edad, sexo, domicilio, pertenencia étnica, fecha, diagnóstico; para los nacimientos: identificación, edad, etnia, domicilio de la madre, peso y edad gestacional del recién nacido) los siguientes eventos ocurridos en su establecimiento o en su área de responsabilidad:

- Defunción de niños de 0 a 4 años
- Defunción de mujer en edad fértil, independientemente de la causa de muerte, a efectos de determinar si la muerte es atribuible a causas maternas

- Defunción fetal
- Nacimientos

Por cada defunción, además del informe pormenorizado del establecimiento donde ocurrió el hecho, se requiere información detallada y ampliada del caso a todo centro donde la persona fallecida haya recibido atención. El Área Programática de la residencia habitual del caso confecciona un informe contemplando el contexto familiar y social.

El Departamento de Epidemiología del MDH es responsable de la recepción de las planillas, de la carga y procesamiento de los datos.

La Comisión Nacydef se reúne semanalmente, analiza los casos, saca conclusiones y emite recomendaciones. En todos los casos y si la información no fuera clara o suficiente, la Comisión está facultada para solicitar la presencia de los profesionales o trabajadores de la Salud, de capital o del interior que asistieron la enfermedad que culminó con la defunción.

En algunas ocasiones, después del análisis de Nacydef y a la luz de nuevos datos, algunos diagnósticos que figuran en el certificado de defunción han sido modificados para el uso interno.

El departamento de Estadísticas del MDH revisa periódicamente los certificados de defunción enviados por el Registro Civil, asegurando de esta manera la captación de las defunciones maternas ocurridas en el sector privado.

A pesar de esas precauciones, se han observado subregistros. En el trabajo realizado en 2002 por Ramos S. y col.[39] que consistió en la evaluación del subregistro y la reclasificación de la causa de muerte a partir de la revisación de los informes estadísticos de defunción de mujeres en edad reproductiva (10 a 49 años de edad) y de las historias clínicas correspondientes, tres defunciones maternas y una

muerte materna tardía más fueron detectadas. “Los hallazgos para esa provincia”, aclaran los autores, “no reflejan necesariamente la capacidad de la propuesta para pesquisar eventos no notificados, sino que contribuyen, en cierta medida, al validar el sistema de vigilancia que existe en la provincia”.

MATERIAL Y METODOLOGIA

Para la presente investigación, se realizó un estudio observacional descriptivo que abarca un período de 5 años.

El universo está constituido por las mujeres aborígenes con domicilio en la Provincia de Formosa, fallecidas por causas relacionadas al embarazo, parto o puerperio durante el período 1er de enero 2000 - 31 de diciembre 2004. Se estudian las defunciones maternas según la definición establecida por la CIE10, es decir las que acaecieron durante el embarazo o dentro de los 42 días de la terminación del embarazo. Asimismo, las muertes maternas tardías no forman parte del universo.

Los datos utilizados provienen de varias fuentes:

- Las planillas Nacydef de registro de la vigilancia de la mortalidad materna e infantil de la provincia de Formosa que contiene los datos siguientes: Apellido y nombre, pertenencia étnica, edad, domicilio, lugar de defunción, causa de defunción
- Los informes elaborados por los efectores de salud
- Las historias clínicas de los casos
- Las autopsias verbales
- Las entrevistas con los familiares
- Las entrevistas con el personal de salud involucrado en los casos (médicos, enfermeras, agentes sanitarios)
- Los certificados de defunción
- Los informes de las reuniones de la Comisión Nacydef.

En el presente trabajo, se toman en cuenta las modificaciones mencionadas anteriormente en el análisis Nacydef.

Las variables que se toman en cuenta para la caracterización, el análisis y las comparaciones son:

- etnia,
- edad,
- causa de muerte,
- lugar de defunción,
- lugar del parto,
- edad gestacional,
- gesta y paridad,
- lugar de residencia,
- controles prenatales,
- servicio de salud.

Los datos poblacionales utilizados, es decir la población total y el total de nacidos vivos por año son los provistos por el Ministerio de Desarrollo Humano de Formosa.

Dado que todas las comunidades indígenas cuentan con un efector de salud, y que el porcentaje de mujeres aborígenes con cobertura social que se pueden asistir en el sector privado es muy pequeño, se considera que casi todos los nacimientos en la población aborigen se notifican al Departamento de Epidemiología. Por lo tanto, la información sobre nacidos vivos indígenas suministrada por ese último es la utilizada para el cálculo de RMM.

Los datos se procesaron mediante los programas informáticos Excel y EpiInfo.

RESULTADOS

Razón de Mortalidad Materna (RMM)

Se registraron 39 defunciones maternas en mujeres indígenas durante el quinquenio de observación. Relacionando esa cifra con los recién nacidos vivos, se estima una RMM promedio de 79,53 por 10.000 NV.

Durante el mismo período 61 mujeres formoseñas no aborígenes, o "criollas" fallecieron por causas relacionadas a la maternidad, dando una RMM promedio de 10,35 por 10.000 NV.

El promedio provincial fue de 15,66 MM/10.000 NV.

RMM por etnia

La etnia Pilagá registró 4 defunciones maternas y una RMM de 71,92 por 10.000 NV.

12 mujeres Tobas fallecieron por causas relacionadas a la maternidad, dando una RMM de 82,19 por 10.000 NV.

Para la etnia Wichi esas cifras son respectivamente de 23 y 79,64 por 10.000 NV.

Causas de defunción

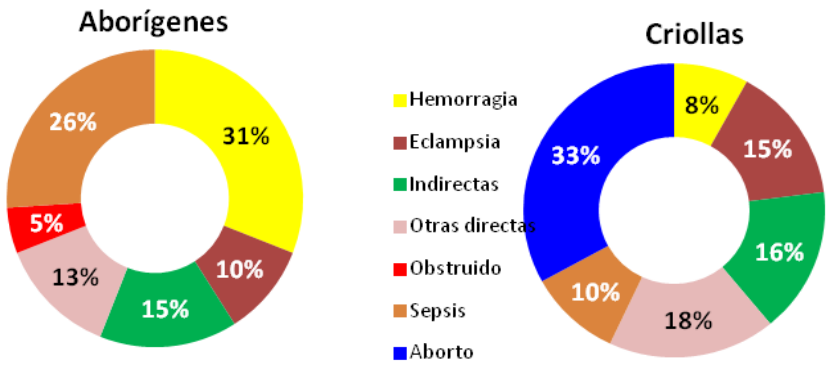
Las hemorragias representan la causa más frecuente de muerte materna entre las aborígenes. De las 12 defunciones registradas por esta causa, 10 fueron post-parto: 9 por retención placentaria y una por alumbramiento patológico con inversión uterina. Los dos casos de hemorragia ante-parto resultaron de un desprendimiento placentario.

Las otras causas directas fueron tromboembolismo y anemia.

El aborto no figuró como causa de muerte.

En cuanto a las causas indirectas, fueron casos de neumopatía, meningoencefalitis, infarto e insuficiencia cardíaca.

Gráfico 1: Causas de defunciones maternas- Provincia de Formosa Años 2000 a 2004



Edad

La variable "edad" ha sido analizada por resumen en la siguiente tabla.

Tabla 4: Edad de las defunciones maternas por etnia

	Criollas	Aborígenes	Pilagá	Toba	Wichi
Promedio	28,7	23,3	24	26,6	21
Mediana	29,5	23	22,5	26	20
Percentil 25	22	17	15,2	22,7	16,5
Percentil 75	36	29	31,2	31,2	25,5
Mínimo	12	13	13	16	13
Máximo	44	38	38	37	32

Lugar de defunción

Una defunción materna indígena sobre tres ocurrió en el domicilio. Solo un 18% tuvo lugar en un hospital de 3er nivel. 5 mujeres

aborígenes fallecieron durante el traslado a un establecimiento de mayor complejidad. Una madre se descompuso y falleció en la vía pública 19 días después de un parto domiciliaria; se diagnosticó neumonía bilateral en la autopsia.

Tabla 5: Lugar de defunción por etnia

Lugar de ocurrencia	Criollas	Aborígenes	Pilagá	Toba	Wichí
Traslado	5	5	1	-	4
Domicilio	6	13	1	6	6
Hospital privado	9	-	-	-	-
Hospital 1er nivel	1	2	-	2	-
Hospital 2do nivel	6	11	1		10
Hospital 3er nivel	34	7	1	3	3
Via pública	0	1	-	1	-
Total	61	39	4	12	23

Lugar y tipo de parto

De las 33 defunciones post-parto:

- 40% fueron asociadas a un parto domiciliario. La hemorragia por retención placentaria fue la causa de muerte en 7 de los 13 partos domiciliarios.
- 40% dieron luz por vía vaginal en un hospital:

  - 2 en hospital de 3er nivel

  - 3 en hospital de 2do nivel

  - 8 en hospital de 1er nivel

- a 20% se les realizó una cesárea. Una defunción sucedió durante la cirugía, 3 en post-quirúrgico inmediato y 3 entre 9 y 22 días de la operación. 5 de las intervenciones se efectuaron en un hospital cabecera de distrito, y los otros dos en un hospital de referencia provincial.

Edad gestacional del feto

6 mujeres murieron estando embarazadas. La edad gestacional (EG) en esos casos varió de 22 a 39 semanas. Solo en 2 casos la EG fue inferior a 30 semanas.

Excluyendo 5 casos en que la EG se desconoce, 80% de las mujeres que tuvieron el parto han tenido un embarazo a término.

Gesta y paridad

Se conoce la cantidad de embarazo y de partos en 35 mujeres aborígenes. El rango de gesta va de 1 a 9.

12 mujeres son primigestas. 8 han tenido por lo menos 6 embarazos. 4 mujeres son gran multíparas: 2 madres de 9 hijos y dos madres de 7 hijos.

De las 9 mujeres con 5 o más gestas, 5 dieron luz en su casa y la causa de muerte fue hemorragia en 4 de ellas.

Control prenatal (CPN)

Tabla 6: Control prenatal en defunciones maternas por raza

	Criollas*	Aborigenes
Sin CPN	5	7
1 o 2 CPN	3	11
3 o 4 CPN	6	7
5 o más CPN	7	3
CPN sin especificar cantidad	3	2
sin datos sobre CPN	18	9
Total	42	39

**Excluyendo los casos de abortos*

De las 7 mujeres aborígenes que no se realizaron ningún tipo de control prenatal, 5 terminaron dando luz en su casa, mientras que las 5 mujeres criollas sin control tuvieron el parto en un hospital.

Lugar de residencia

En la tabla siguiente, se relacionaron las muertes maternas totales, en aborígenes y en criollas con sus poblaciones respectivas. Luego se calculó la razón entre las tasas halladas en aborígenes y en criollas. Una razón más grande supone una mayor desigualdad. A fines de evitar sesgos producidos por números pequeños, no se tomaron en cuenta en el análisis los departamentos donde se produjeron menos de 5 muertes maternas a lo largo de los 5 años de estudio. (Bermejo, Laishí y Pilagás).

El departamento de Ramón Lista es el que tiene más muertes maternas con respecto a su población. Su tasa por 10000 habitantes decuplica la del departamento Formosa Capital. Además, las muertes afectaron únicamente a las mujeres indígenas.

Pirané ostenta la menor tasa global, con un valor 12 veces menos que la de Ramón Lista. Al mismo tiempo, ninguna mujer indígena falleció por causas maternas en ese departamento.

El departamento de Matacos registra casi 5 muertes maternas por 10000 habitantes, ocupando el 2do lugar después de Ramón Lista. No existe prácticamente brecha entre las RMM de las poblaciones indígena y criolla en este departamento.

Tabla 7: Población y muertes maternas por departamento y raza

Provincia de Formosa años 2000 a 2004

Dpto	Pob total	Pob indígena	Pob criolla	MM Indig	MM Criollas	MM tot/Pob tot *10000	MM Indig/Pob indig. *10000	MM criollas/Pob criolla*10000	Razón Tasa Indig/Tasa Criollas
Bermejo	12829	4866	7963	1	2	2,34	2,06	2,51	0,82
Formosa	209787	2743	207044	2	27	1,38	7,29	1,30	5,59
Laishi	16297	1320	14977	1	2	1,84	7,58	1,34	5,67
Matacos	12107	5995	6112	3	3	4,96	5,00	4,91	1,02
Patiño	64443	12071	52372	14	9	3,57	11,60	1,72	6,75
Pilagás	17456	550	16906	1	2	1,72	18,18	1,18	15,37
Pilcomayo	77887	2420	75467	2	9	1,41	8,26	1,19	6,93
Pirané	63967	990	62977	0	7	1,09	0,00	1,11	0,00
Ramón Lista	10917	7084	3833	15	0	13,74	21,17	0,00	
Total	485690	38039	447651	39	61	20,6	10,25	1,36	7,52

Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Desarrollo Humano de Formosa (Estadísticas y Nacydef)

DISCUSIÓN

Razón de Muerte Materna

La población indígena representa el 7,5% de la población de la provincia. Sin embargo las muertes maternas en mujeres aborígenes representan el 39% de las defunciones maternas de la provincia.

La mujer indígena formoseña tiene 7 veces más riesgo de morir por una causa relacionada al embarazo, parto o puerperio que una mujer criolla de la misma provincia. Riesgo Relativo: 7,52 (5,03-11,23 IC 95%).

Mientras la RMM de la población criolla es de 10 por 10.000 NV, la de la población indígena es de 79, es decir casi 8 veces mayor.

La brecha entre aborígenes y no aborígenes existe en todas partes del mundo en diversas proporciones.

En Guatemala, la RMM en indígenas es 83% más elevada que la nacional. En Honduras es 1,7 veces más que en el resto de la población. En Australia, es de dos a cinco veces más alta[40,41]. En Formosa la diferencia es aún más grande, del orden de 600%.

Si bien existe una diferencia entre las RMM entre las tres etnias: 719 por 100.000 NV para los Pilagás, 833 para los Tobas y 796 para los Wichís, esa diferencia no es estadísticamente significativa.

Tabla 8: Riesgos relativos de muerte materna entre las 3 etnias indígenas de Formosa

	Límite inferior	**Riego Relativo**	**Límite superior**	**Intervalo de Confianza**
Pilagá vs Toba	0,24	0,88	2,93	95%
Pilagá vs Wichí	0,31	0,90	2,60	95%
Toba vs Wichí	0,51	1,03	2,07	95%

Causa de muerte

Las hemorragias son la principal causa de muerte, igual que en el mundo y en América Latina, pero con mayor proporción. Prácticamente 1 de cada 3 defunciones maternas en aborígenes de Formosa es causada por una gran pérdida sanguina, esencialmente por retención de placenta,

La principal causa de muerte materna entre las mujeres criolla formoseñas es representada por el aborto, al igual que para el resto de la Argentina.

Si se tome el total de muerte materna en Formosa, tan bien en aborígenes como en criollas, el aborto queda como 1ra causa de muerte con una proporción de 20%. Sigue la hemorragia con 17%, en tercer lugar vienen la infección, las causas indirectas y las otras causas directas cada una con 16%; y en último lugar la eclampsia. Como son cifras pequeñas están sujetas a una gran inestabilidad, pero permiten vislumbrar la tendencia.

Edad

Si bien la edad mínima es menor en las mujeres criollas fallecidas por causas maternas, el resto de las medidas de tendencia central y de dispersión muestran una neta predominancia de mujeres jóvenes entre las indígenas. Así, la edad promedio es de 28,7 años entre las criollas, y solamente de 23,3 años entre las aborígenes. Una de cada 4 víctimas de defunciones maternas en aborigen tiene 17 años o menos.

Habiendo solamente 4 defunciones en Pilagás, no se incluye esa etnia en la comparación para evitar los inconvenientes estadísticas debidos a números pequeños. La situación de las mujeres Wichís es desastrosa: La edad promedio es de 21 años, tres sobre cuatro tienen menos de 26 años.

Accesibilidad a los servicios de salud

En este trabajo, la incidencia de falta de control de embarazo alcanza el 23%, lo que no difiere mucho de la cifra encontrada por la ECMIPO. Según esa última, el porcentaje de mujeres indígenas formoseñas embarazadas o en puerperio que no concurrieron a control prenatal es más alta que el promedio nacional: 21,1% contra 11%. Además de la lejanía (38,6%), las razones de ausencia de control que arguyeron las encuestadas fueron falta de personal que atendiera (17%) y porque "no le gusta el trato que le dan en el hospital" (15,1%) Una mujer sobre 10 contestó que "no era necesario, que se sentía bien", mientras el 7,4% dijeron que "ya tenía experiencia". Apenas 1% no quería sacarse sangre[4].

La baja cobertura en control prenatal, el alto porcentaje de parto domiciliario y de defunciones ocurridas en la casa demuestran la accesibilidad limitada de la mujer aborigen a los servicios de salud.

La ECMIPO encontró que 29% de las mujeres indígenas formoseñas entrevistadas, contra 6% a nivel nacional, han tenido su último hijo en su casa.

Según la misma fuente, más de 45% de las encuestadas en Formosa viven a más de una hora de distancia del establecimiento de salud más cerca. Al ser interrogadas sobre la razón por la cual no concurren al centro de salud, 49% alegaron la lejanía.

> *V.M. Mujer wichí de 26 años, G4P4, sin control prenatal, da luz en su domicilio a un bebé de 4000 gramos, de 40 semanas de EG. La comunidad donde vive está a 17 km del hospital y no tiene Agente Sanitario (AS), siendo el AS de la comunidad vecina (aproximadamente 5 km) el referente. Pero por problemas relacionales, el cacique no lo acepta. Los otros partos fueron domiciliarios. Según el esposo, el parto fue espontáneo. Después se presenta hemorragia abundante. El esposo va en bicicleta a la Comunidad vecina que posee un equipo de radio*

VSH para llamar la ambulancia. Cuando la ambulancia llega, la paciente ya había muerto.

La barrera geográfica es real, pero no lo explica todo. En el caso siguiente, no existía ninguna barrera geográfica.

M.B .Mujer wichi de 28 años, vive en un barrio de un centro urbano que cuenta con un hospital, G7P7, un solo control prenatal, parto domiciliario de un niño de 3200 gramos, de 39 semanas de EG, fallece en su casa por hemorragia post-parto Fue atendida por familiares.

La dificultad de acceso a los servicios de salud se manifiesta también por los resultados de la ECMIPO sobre el conocimiento que tienen las mujeres indígenas formoseñas acerca de métodos anticonceptivos.

Las mujeres pilagás parecen tener menos contacto con los servicios de salud. 70,8% de las pilagás encuestadas no conocen ningún método anticonceptivo. Sin embargo del conocimiento a la práctica, las diferencias se minimizan. Así, de las que saben algún método, solo 4,9% no lo usan, mientras en las otras etnias, ese porcentaje es más alto: respectivamente 27 y 21% para las tobas y las wichís.

Por otra parte la realización de Papanicolau o colposcopia, que es también un indicador de accesibilidad, es la más baja entre las pilagás (5,9%) siendo de alrededor de 22% entre las tobas y las wichís.

Además de la barrera geográfica, las razones que se evocan para eludir el parto hospitalario son múltiples y variadas.

- Falta de privacidad en los hospitales. La mujer se siente expuesta. En la sala de parto hay circulación permanente de personas
- Resistencia a ser atendida por un médico varón
- Limitación en la cantidad de acompañantes y de visitas. Los

acompañantes no tienen dónde alojarse.

- Barrera económica: dificultad para conseguir los elementos que se requiere para la internación, comida para los acompañantes.
- Preocupación por los demás hijos que hay que dejar
- De parte del personal de salud: falta de respeto, maltrato, discriminación, experiencias negativas anteriores
- Difícil comunicación por no hablar el castellano
- El embarazo y el parto son considerados como eventos naturales que no necesitan intervención, falta de consciencia sobre las posibilidades de complicaciones.
- Barrera sicosocial: miedo de moverse en un ambiente nuevo
- Miedo de los procedimientos médicos

> *T.N. Mujer toba de 33 años, G7P6, insuficiencia cardíaca severa, hipertensión pulmonar severa en un embarazo de 28 semanas. Vive en una comunidad aborigen con sala y atención permanente, distante de 5 km del hospital y 150 km de la capital provincial. Derivada al hospital materno-infantil de la capital. Internada 10 días, se realizan exámenes complementarios. A los 7 días de internación se niega a nuevo tacto vaginal. La paciente solicita alta voluntaria y se va sin tratamiento. Refiere sentirse "asediada" por los exámenes diarios de los médicos. El esposo es enfermero. Fallece a los pocos días del alta en su domicilio.*

Se ha reportado en varios casos la condición nómada de la paciente. Efectivamente, es muy común, sobre todo entre los tobas, la migración continua de una comunidad a otra, sea por razones familiares ya que los lazos de parentesco son muy fuertes, sea por razones de sobrevivencia o por razones laborales. La distancia entre esas comunidades puede alcanzar más de cien kilómetros. El

desplazamiento no contribuye a facilitar el seguimiento de la paciente.

> *R.N. Mujer Toba de 19 años. Primigesta. Vive en una comunidad aborigen, que tiene una sala con enfermera permanente, y médico que va todos los días, pero que trabaja también en el hospital cabecera distante de 5 km. HTA gestacional. Tiene obra social provincial. Migra de una comunidad a otra. Control TA en el hospital cabecera. Ecografía y laboratorio en clínica privada de una ciudad cabecera de otro distrito. Derivada a la capital para cesárea por anemia, presentación podálica en primigesta y HTA. Cesárea en el hospital de 3er nivel el día siguiente por procidencia de miembro inferior, se obtiene un RN de 2250 gramos y 36 semanas de EG. Alta al 5to día de la cesárea. Vuelve en colectivo a su localidad. Consulta 12 días después porque la herida quirúrgica está supurada. Se le hace curación y se le pide laboratorio para el día siguiente. Fallece a las pocas horas en su domicilio. La defunción se descubre con la revisación periódica de los certificados de defunción.*

El Centro de Salud no se hizo cargo de la paciente que tenía "fraccionada" su atención: toma de tensión arterial en un lugar, exámenes complementarios en otro. Hasta tenía obra social. En este caso la paciente pude acceder a la atención especializada, lo que faltó fue una atención integral.

Otro de los problemas que se detectaron en el análisis de los casos fue la falta de recursos humanos y materiales.

> *Q.E. Mujer wichí de 17 años, G3A2. Reside en un barrio de una ciudad cabecera de distrito. Antecedente de TBC y 2 abortos. Concurre a 2 controles prenatales, se realiza laboratorio completo con resultados normales. Ingresa por embarazo de término y contracciones. .Expulsivo prolongado. Paciente que no "colabora" Procidencia de cordón, se indica cesárea, pero el anestesista se encuentra de licencia por vacaciones. Se decide*

derivación a otro hospital, pero la ambulancia está fuera de servicio. Se llama la ambulancia de otro establecimiento y se deriva. Llega en muy mal estado general, febril, deshidratada, oligoanúrica, edema cianótica de vulva y feto muerto. No se realiza cesárea por grave compromiso general. Presenta paro cardio-respiratorio 6hs después de ingresar.

A.J. Wichí, 15 años, G1P0, sin control prenatal, embarazo de 39 semanas, derivada de un puesto sanitario por eclampsia, con el vehículo particular de la enfermera. En el 1er hospital cabecera de distrito donde fue derivada, no había ni sulfato de magnesio ni anestesista, además la ambulancia estaba descompuesta. En el 2do hospital se le administra sulfato de magnesio y se le deriva en ambulancia a otro hospital por falta de anestesista. En el 3er hospital tampoco había anestesista, y se derivó a la capital. Fallece en camino, a 150 km del destino.

CONCLUSIÓN

Parece muy lejano el objetivo del Milenio en las comunidades aborígenes de la provincia de Formosa. La magnitud de la desigualdad social se refleja en la constatación de que una mujer aborigen de la provincia de Formosa tiene 90 veces más riesgo de fallecer de complicaciones del embarazo o del parto que una mujer oriunda de Buenos Aires.

Se dio un gran paso en la provincia al dar importancia a la mortalidad materna, empezando por la obtención de estadísticas fiables y la implementación de la vigilancia, involucrando a todo el sistema de salud.

A lo largo de este trabajo, se trató de analizar las variables biológicas y algunos aspectos sociales. Se confirmó la existencia de una brecha enorme entre los aborígenes y los no aborígenes, pero también la diferencia de condiciones entre los distintos departamentos de la provincia.

El intento de estudio de las causas mostró cuan complejo es el problema. Los factores que interfieren no dependen solamente de componentes biológicas, sicológicas y sociales. El trabajo no hizo más que revelar algunas facetas de la realidad. Las características de la mortalidad materna son muy diferentes entre las mujeres aborígenes y las criollas. Mientras el aborto constituye la principal causa de muerte entre las criollas, el parto domiciliario parece ser el obstáculo mayor a erradicar para bajar la RMM entre las aborígenes y garantizar asistencia segura del parto con capacidad resolutiva ante la emergencia obstétrica sería una medida importante a tomar. Atacar el problema implica el conocimiento de sus raíces profundas, el porqué de la poca accesibilidad a los servicios de salud, sin dejar de lado las causas de la marginalización social.

Actuar de manera aislada desde el punto de vista salud, aportando tecnología, medicamentos, recursos humanos, podrá mejorar parcialmente la situación, pero no aportará solución durable. Es indispensable la participación de la comunidad para identificar sus necesidades y valorar los riesgos.

La estrategia de Atención Primaria de la Salud debe proveer una respuesta integral a los problemas de salud de los pueblos indígenas, contemplando sus necesidades sociales, emocionales, culturales.

La falta de conexión entre los riesgos sociales, culturales y espirituales y los riesgos biomédicos como lo ve la medicina convencional amerita una investigación. No hay que perder de vista de que más allá de bajar las cifras de mortalidad materna, las intervenciones deben apuntar a garantizar mejores condiciones de vida teniendo en cuenta la dignidad y el respeto de la mujer aborigen.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

[1] Declaración del Milenio. ONU, sept. 2000. En: http://www.un.org/milenio/ares552.pdf

[2] Mortalidad materna en 2005. Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el FNUAP y el banco Mundial. Organización Mundial de la Salud, 2008

[3] Cicowiez Martín: Caracterización económico-social de las provincias Argentinas. Septiembre 2003. Documento de Federalismo Fiscal nº5. UNLP. Facultad de Ciencias Económicas. Dpto de Economía.

[4] Condiciones de Salud Materno Infantil de los Pueblos Originarios. Ministerio de salud y ambiente de la Nación, Plan Nacer Argentina. Nov 2007.

[5] OPS/OMS: Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima revisión, vol.2, Washington, D.C., 1995

[6] De Brouwere V, Van Lerberghe W.: Réduire les risques de la Maternité: Stratégies et évidence scientifique. Studies in Health Services Organisation and Policy, 18, 2001)

[7] Ramos S. et al.: Para que cada muerte materna importe, Buenos Aires, CEDES 2004.

[8] Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005, p. 62.

[9] Organización Panamericana de la salud (OPS). “Maternidad Saluda 2000”; http://wwwen.ops.org

[10] Ministerio de Salud de la Nación argentina. Distribución de la mortalidad materna por causa República Argentina, año 2003. En

:http://www.deis.gov.ar/ Capacitación/anexo estadistico2/mortalidad materna.pdf

[11] Diccionario de la lengua española, Real Academia Española, 22° edición

[12] 76° Conferencia de la Organización Internacional del Trabajo, Ginebra, junio 1989

[13] La salud de los pueblos indígenas de las Américas: conceptos, estrategias, prácticas y desafíos. Área de tecnología y prestación de servicios de salud. OPS, 2007, p.. 22

[14] Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Resolución aprobada por la XXXVII Reunión Del Consejo Directivo, OPS/OMS 1993. En http://www.ops.org.bo/multimedia

[15] INDEC: Encuesta Complementaria sobre Pueblos Indígenas 2004-2005. En: http://www.indec.mecon.ar/webcenso/ECPI/

[16] Datos sobre Pueblos Indígenas y Mujeres Indígenas en Argentina. Consejo Nacional de la Mujer Indigena Argentina. En: http://conamiargentina.es.tl/htm

[17] Constitución Nacional Argentina, Artículo 75, inciso 17

[18] Constitución de la Provincia de Formosa, sancionada el 3 de abril de 1991.

[19] Constitución de la Provincia de Formosa, sancionada el 7 de julio de 2003.

[20] Historia de Formosa. Primitivos habitantes. En http://www.formosa- web.com/historia-07.php

[21] Los Pilagas: Hijos de la tierra, hermanos del árbol. En:

http://www.oni.escuelas.edu.ar/olimpi98/Chiwolla/actuales/pil.htm

[22] Tobas: Caminantes del Gran Chaco. En:
http://www.oni.escuelas.edu.ar/olimpi98/Chiwolla/actuales/tob.htm

[23] Wichis: Hermanos del río y del monte. En: :
http://www.oni.escuelas.edu.ar/olimpi98/Chiwolla/actuales/wic.htm

[24] Geografía de Formosa. En
http://www.formosa-web.com/geografia.php

[25] Povincia de Formosa. Información geográfica. En:
http://www.portalplanetasedna.com.ar/republica_argentina.htm

[26] Historia de Formosa. En http://www.formosa-web.com/historia.php

[27] Beck, H. *Relaciones entre blancos e indios en los territorios de Chaco y Formosa (1885-1950)*, serie "Cuadernos de geohistoria regional", 0325-8246, no. 29. Resistencia: Instituto de Investigaciones Geohistóricas, 1994

[28] Lapido, G. y Spota, B. "El último malón, Fortín Yunka 1919" en *Todo es Historia* No. 215, marzo de 1985.

[29] Sbardella, C. y Braunstein, J. "Las dos caras de la tragedia de Fortín Yunka" en *Hacia una nueva carta étnica del Gran Chaco*. Informe de avance 90/91, PID CONICET Nº 444/88. Las Lomitas: CHACO, 1991.

[30] Lozza Arturo M. a“Lmasacre de Rincón Bomba”.Ocho de Octubre Pregón Judicial 72, Año XV - Ago - Sep 2007

[31]Arias Alberto Genocidio de los. pilagás“ durante el gobierno de Perón En 1947 (El mayor muro de silencio de la historia argentina reciente)”. Dic 2006. En: http://www.signosdeltopo.com.ar/genocidiopilaga.htm

[32] *Formosa*: dos muertos en un enfrentamiento entre *tobas* y

la policía.*23 Nov 2010. En:* www.perfil.com/contenidos/2010/11/23/noticia_0022.html

[33] Murió otro aborigen toba tras el violento desalojo en Formosa , 24 Nov 2010 www.laprensa.com.ar/Note.aspx?Note=368058

[34] Geografía Argentina: Formosa. En: http://www.todo-argentina.net/geografia/provincias/formosa/

[35] Provincia de Formosa: Economía. En: http://www.argentina-argentinien.com/es/ml/argentina-el-norte/formosa.html

[36] Caracterización demográfica, situación de salud y utilización de servicios, de la población de la provincia de formosa año 2004. Plan Estratégico Territorial. Gobierno de la Provincia de Formosa. En: http://www.chienhwa.net/PET/SP/Formosa.pdf

[37] Situación de Salud de los Pueblos Indiígenas en Formosa. Ministerio de Desarrollo Humano de Formosa. Presentación provincial en reunión CORESA. Agosto 2008. En: http://www.saludindigena.org.ar/formosa.html

[38] Comisión Nacydef. Documento interno Ministerio de Desarrollo Humano de Formosa.

[39]Ramos S. et col. Para que cada muerte materna importe. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y CEDES, 2004.

[40] Slaytor et al. *Maternal deaths in Australia 1997–1999.* AIHW National Perinatal Statistics Unit 2004. Citado en Maternal Mortality www.aihw.gov.au/WorkArea/

41 Sullivan & King. *Maternal deaths in Australia 2000–2002.* AIHW National Perinatal Statistics Unit 2006. Citado en Maternal Mortality www.aihw.gov.au/WorkArea/

RESOLUCIÓN N°2163/99

Formosa, 05 de Octubre de 1.999

VISTO:

La Resolución Ministerial N° 2.735/97; y

CONSIDERANDO:

Que, dada la necesidad de readaptar los conceptos de la reglamentación de NACYDEF a la mecánica práctica de operatividad funcional de la Comisión, permitiendo una ordenación adecuada y estructurada acorde a las exigencias estadísticas;

Que, haciéndose dictado la Resolución N° 2.735/97, y efectuadas sobre la misma modificaciones de orden conceptual meramente formal, surge la necesidad de instrumentarla debidamente;

Que, por lo expuesto, es menester dictar el instrumento legal pertinente:

Por ello:

EL MINISTRO DE DESARROLLO HUMANO

RESUELVE:

ARTÍCULO 1°: Modifícase y sustitúyase el texto completo de la Resolución Ministerial N° 2.735/97 y su Anexo I, por el que a continuación se detalla y que quedará redactada de la siguiente manera:

VISTO:

Las altas tasas de mortalidad infantil y materna que se registran en nuestra provincia; y

CONSIDERANDO:

Que es prioridad para el Gobierno de la Provincia mejorar la calidad de vida de las madres y los niños;

Que el eje fundamental de la política de salud es la atención de madres y niños;

Que es necesario diseñar estrategias y acciones tendientes a disminuir la morbimortalidad materna e infantil;

Que es necesario detectar a tiempo los factores que puedan poner en peligro las vidas de las madres y los niños.

Que además de las acciones propias de los efectores de salud es imperativo diseñar actividades que coadyuven a la disminución de la mortalidad de dicho grupo humano;

Que actualmente se diseñan las estrategias sobre la base de datos que por su modalidad tienen una considerable demora en ser recibidos, procesados y llegar a los niveles de decisión;

Que es necesario contar con información en el corto tiempo de haber ocurrido la muerte para poder tomar decisiones que surtan algún efecto;

Que es necesario analizar las causas de las muertes en forma integral, desde el momento en que se inicia el proceso que derivará en muerte, y las circunstancias que intervienen para que dicho proceso se desarrolle hasta su culminación, sean éstas propias del sistema de salud o de otras áreas concurrentes;

Que deberán analizarse también los nacimientos y embarazos, a fin de identificar a los Recién Nacidos y embarazadas en riesgo para intensificar los controles con el objeto de disminuir sus posibilidades de enfermar y morir;

Que para lograr los objetivos propuestos, los datos obtenidos deben ser evaluados por una Comisión Multidisciplinaria, presidida por el Ministro de Desarrollo Humano, o quien éste designe al efecto;

Que el Departamento de Epidemiología es el indicado para coordinar y procesar la información;

Por ello,

EL MINISTRO DE DESARROLLO HUMANO

RESUELVE:

ARTÍCULO 1°: CREAR la Comisión de Nacimientos y Defunciones, que se identificará con la sigla "NACYDEF", y estará integrada por el Ministro de Desarrollo Humano, quien la presidirá; el Subsecretario de Salud Pública; el Subsecretario de Desarrollo Social; los Directores de: Fiscalización Sanitaria, Planificación Sanitaria, Normatización Sanitaria, Prestaciones de Salud, de Promoción Social, de Minoridad y la Familia, y de la Mujer; los Jefes de Programa y Área Gineco Obstétrica de Maternidad e Infancia; Gerente de la UEP PROMIN; los Jefes de los Departamentos de Epidemiología, Estadísticas de Salud e Inmunizaciones y los Directores de los Hospitales Central y de la Madre y el Niño.

ARTÍCULO 2° : **ESTABLECER** los mecanismos de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna e Infantil y detección de los Recién Nacidos y Embarazadas en Riesgo; de conformidad a los términos del Visto y Considerando de la presente.

ARTÍCULO 3°: APROBAR la reglamentación del NACYDEF que como Anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO 4°: DESIGNAR como Coordinadora de la recepción, análisis y procesamiento de la información pertinente a la Jefa del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Desarrollo Humano, Dra. Marie Yvonne RANAIVOARISOA.

ARTÍCULO 5°: **DESIGNAR** como Coordinadores del sector pediátrico y tocoginecológico a los Dres. Lindor Julián LAMUEDRA y Carlos A. MAZOUD, respectivamente quienes tenderán a incorporar el concepto integrador de la Perinatología.

ARTÍCULO 6° : FACULTAR a la Comisión a invitar a participar a cualquier persona que considere de importancia para la consecución de los objetivos propuestos.

ARTICULO 7°: REGISTRAR, comunicar, notificar y archivar**.**

,

RESOLUCIÓN N°: 2.163/99.....

(Firmado) Dr. Alberto M. Zorrilla
Ministro de Desarrollo Humano

ANEXO
REGLAMENTACIÓN DEL NACYDEF

PUNTO PRIMERO: La Comisión de NACYDEF tendrá una reunión semanal los días jueves desde las 8 hs., y se deja establecido que la participación en la misma es obligatoria, y pasa a formar parte de las actividades habituales de los profesionales involucrados.

PUNTO SEGUNDO: La Comisión NACYDEF confeccionará las planillas adecuadas donde se anotarán los datos básicos sobre nacimientos ocurridos en la semana, y defunciones de niños de 0 a 4 años y personas de sexo femenino de 10 a 49 años (edad fértil) a fin de determinar si la causa de muerte puede ser considerada como una muerte materna. Las mismas deberán ser entregadas y/o remitidas al Departamento de Epidemiología, como plazo máximo el martes

siguiente de finalizada la semana epidemiológica, con la finalidad de ser procesada, presentada y analizada en la reunión de los jueves.

PUNTO TERCERO: Los casos de defunción infantil irán acompañados de un informe que tendrá los siguientes datos:

- Identificación del niño: nombres y apellidos completos (sin abreviaturas), Documento Nacional de Identidad, edad, estado civil de la madre y domicilio; y todo otro dato que se considere de interés.
- Medio socio - ambiental: características y conformación del núcleo familiar, conformación; descripción de la vivienda, con características y servicios; etc; y todo otro dato que se considere de interés.
- Antecedentes personales y familiares.
- Antecedentes del embarazo y parto: edad de la madre; gesta; paridad; control prenatal; parto domiciliario o institucional; eutócico o no; peso al nacer; edad gestacional; si se contara con el carné perinatal o historia clínica perinatal básica, copia de los mismos; etc; y todo otro dato que se considere de interés.
- Control del niño: adjuntar copia de la ficha de control (menor de 2 años standard u otra).
- Historia de la última enfermedad: consultas; internación; fecha y hora de ingreso; evolución; etc; y todo otro dato que se considere de interés.
- Análisis, comentarios y conclusiones locales.

PUNTO CUARTO: En caso de defunción fetal, se requiere un informe con los siguientes datos:

- Identificación de la madre: nombres y apellidos completos, sin abreviaturas; Documento Nacional de Identidad; edad; estado civil; domicilio; etc; y todo otro dato que se considere de interés para el caso.
- Medio socio - ambiental: características del núcleo familiar y conformación del mismo; descripción de la vivienda con características y servicios; etc; y todo otro dato que se considere de interés.
- Antecedentes familiares y personales: clínicos y obstétricos.
- Controles prenatales: cantidad y calidad; de poseer carné perinatal o historia clínica perinatal base, copia de los mismos.
- Historia de la última enfermedad: consultas; internación; fecha y hora de ingreso; evolución; etc; y todo otro dato que se considere de interés.
- Análisis, comentarios y conclusiones locales.

PUNTO QUINTO: En caso de defunción de una mujer entre 10 y 49 años, edad fértil, y a efectos de determinar si la muerte es atribuible a causas maternas (muerte materna), se solicitan los siguientes datos:

- Identificación de la madre: nombres y apellidos completos, sin abreviaturas; Documento Nacional de Identidad; edad; estado civil; domicilio; etc; y todo otro dato que se considere de interés.
- Medio socio - ambiental: características del núcleo familiar y conformación del mismo; descripción de la vivienda con características y servicios; etc; y todo otro dato que se considere de interés.
- Antecedentes familiares y personales: clínicos y obstétricos.; fecha de la última menstruación; fecha del último parto. Controles prenatales: cantidad y

calidad; de poseer carné perinatal o historia clínica perinatal base, copia de los mismos.

- Historia de la última enfermedad: consultas; internación; fecha y hora de ingreso; evolución; etc; y todo otro dato que se considere de interés.
- Análisis, comentarios y conclusiones locales.

PUNTO SEXTO: Será obligatorio el uso de la Historia Clínica Perinatal Base y del Carné Perinatal OPS / OMS - CLAP -. Los que por su diseño, permiten observar todos los datos necesarios para un correcto tratamiento y seguimiento del caso, como asimismo, facilitan la detección del riesgo perinatológico a cualquiera de los integrantes del equipo de salud, alertando al mismo y permitiendo que se agilice su derivación, cuando sea necesaria, a un centro de mayor complejidad.

PUNTO SÉPTIMO: La Historia Clínica Perinatal Base, quedará en la Institución (centro de salud u hospital), se abrirán tantas, como instituciones involucradas existan en la atención de la embarazada. El Carné Perinatal será entregado a la madre - mujer - paciente, como documento propio, *que no podrá ser retenido*, para facilitar su seguimiento y tratamiento en cualquier lugar en que ella se encuentre y lo necesite.

PUNTO OCTAVO: La Comisión deberá elaborar un Acta de cada reunión, donde se consignarán las sugerencias, recomendaciones generales y particulares y decisiones tomadas. Semestralmente se presentará un informe completo de las actividades realizadas, con fines epidemiológico, estadístico, y de preservación de la salud.

PUNTO NOVENO: Las recomendaciones que surjan del análisis, comentario y evaluación de los casos hechos por la Comisión, serán comunicadas a los establecimientos de salud involucrados.

PUNTO DÉCIMO: Se identificará a los recién nacidos, niños, madres y/o familias en riesgo biológico y/o social y se notificará al área programática, mediante el centro u hospital que correspondiere al domicilio del caso.

Se considerarán recién nacidos, niños, madres y/o familias en riesgo, a los que presenten las siguientes características y/o circunstancias:

Los factores de riesgo pueden ser clasificados en:

- *Endógenos:* o biológicos, propios del individuo (edad, sexo, paridad, peso, talla, etc.).

- *Exógenos:* o del medio ambiente. En éste se incluyen características o factores pertenecientes a diversos sistemas relacionados con la salud individual o colectiva (sistemas de salud, de educación, económico, social, etc.).

Según el momento en que más precozmente puedan llegar a ser identificados, los factores de riesgo perinatal se clasifican en:

- ***Preconcepcionales***: su aparición precede al inicio del embarazo.
  - Bajo nivel socio económico;
  - Analfabetismo;
  - Malnutrición materna;
  - Baja talla;
  - Obesidad;
  - Madre adolescente;
  - Edad materna avanzada;
  - Gran multiparidad;
  - Corto intervalo intergenésico;
  - Malos antecedentes genéticos;
  - Malos antecedentes obstétricos;
  - Patologías previas.

- ***Del Embarazo****:* su aparición recién se produce cuando el embarazo está en curso.
  - Anemia;
  - Mal control prenatal;
  - Poca ganancia de peso;
  - Excesiva ganancia de peso;
  - Hábito de fumar;
  - Alcoholismo;
  - Drogadicción;
  - Hipertensión inducida por el embarazo;
  - Embarazo múltiple;
  - Hemorragias;
  - Retardo del crecimiento intrauterino (RCIU);
  - Rotura prematura de membranas;
  - Infección ovular;
  - Incompatibilidad sanguínea fetomaterna.

- ***Del Parto****:* su aparición se produce.
  - Inducción del parto;
  - Amenaza de parto de pretérmino;
  - Presentación viciosa (pelviana);
  - Trabajo de parto prolongado;
  - Insuficiencia cardiorrespiratoria;
  - Distocias de contracción;
  - Mala atención del parto;
  - Procidencia de cordón;
  - Sufrimiento fetal;
  - Gigantismo fetal;
  - Parto instrumental.

- ***Del Recién Nacido***: o neonatales.
  - Depresión Neonatal;
  - Pequeño para la edad gestacional;
  - Pretérmino;
  - Malformaciones;
  - Infección.

- ***Del Posparto***:
  - Hemorragias;
  - Inversión Uterina;
  - Infección Puerperal.

Podemos clasificar al embarazo, parto y puerperio, teniendo en cuenta los factores de riesgo, en:

∫ **BAJO RIESGO;**

∫ **MEDIANO RIESGO y.**

∫ **ALTO RIESGO.**

PUNTO UNDECIMO: Ante los casos de derivación que se presenten, a un centro de mayor nivel, se hará una ficha de *Referencia*. Al darse el alta al paciente en la Institución de mayor complejidad, se enviará a su centro de origen la *Contrarreferencia* correspondiente.

PUNTO DUODECIMO: Ante la detección de casos de riesgo social, se informará a los referentes de la Subsecretaría de Desarrollo Social, a fin de que coordinen el tipo de ayuda y apoyo que sea necesario y factible.

PUNTO DECIMOTERCERO: La Comisión queda facultada para dictar Normas internas de funcionamiento, pudiendo arbitrar todas las medidas necesarias para lograr los objetivos propuestos.

A REMITIR URGENTE AL DPTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Establecimiento: (interior).....

PLANILLA DE INFORME SEMANAL DE NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES EN NIÑOS DE 0 A 4 AÑOS Y MUJERES DE 10 A 49 AÑOS (PLANILLA NACYDEF)

Semana epidemiológica N°..... comprendida entre él. ...../...../..... y el ...../...../.....

NACIMIENTOS

Fecha nacim.	Apellido y nombre de la madre	Edad de la madre	Domicilio	Si es aborigen etnia	Beneficia-rio PAIPPA	Lugar de nacimiento	Atención Médica	Peso al nacer	Nº Controles embarazo	EG sem	Gesta Paridad Aborto	Observa-ción

DEFUNCIONES

Apellido y nombre	Fecha defunc.	Fecha nac o edad	Domicilio	Aborigen: etnia	Benefic. PAIPPA	Lugar de defunción	Atención médica	Médico referente	Causas de muerte empezando por la causa básica

Firma del Director del Establecimiento

Firma del Técnico Responsable

INSTRUCTIVO

Las planillas de "*nacimientos y defunciones en niños de 0 a 4 años y mujeres de 10 a 49 años" (NACYDEF)* se llenarán **semanalmente** al igual que las planillas de informe semanal C2 y serán firmados por el Director del Establecimiento y el Técnico responsable del volcado de los datos. Serán remitidas en forma semanal, junto a la planilla C2 al Departamento de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Desarrollo Humano.

NACIMIENTOS

Se anotarán **todos** los nacimientos en la población de responsabilidad del Centro de Salud, **sin importar si el recién nacido se anotó en el Registro Civil o no, ni donde ocurrió el nacimiento.**

Si es aborigen, etnia: Si se trata de una madre aborigen poner la etnia a la que pertenece

Beneficiario PAIPPA: si es beneficiario del programa PAIPPA, poner SI

Lugar del parto: Poner domiciliario o en caso de parto institucional el nombre del Hospital que atendió el parto

Atención médica: quien atendió el parto: médico, agente sanitario, enfermera, partera tradicional, familares

Control de embarazo en el CS: Poner SI y cuantos (si el embarazo ha sido controlado en el Centro de Salud notificador) o NO en el caso contrario

EG: edad gestacional en semanas

Gesta paridad y aborto: el número de embarazo, partos y abortos que la mujer ha tenido. Ej: G4P3A1 embarazo 4, partos 3 y aborto 1

Observación: malformación o enfermedad congénita, feto muerto, prematuro, o otra información de interés

Los fetos muertos y abortos se anotan en la parte de NACIMIENTOS con todos los datos

DEFUNCIONES

Se notificarán **todas** las defunciones en **niños menores de 5 años** y **mujeres de 10 a 49 años** en la **población de responsabilidad del Centro de Salud, sin importar donde ocurrió el fallecimiento**

Fecha de nacimiento: si se desconoce, poner la edad

Lugar de defunción: domicilio, vía pública, etc. Si el óbito ocurrió en un establecimiento de salud, poner el nombre del mismo.

Atención médica: Si un médico atendió al paciente durante la enfermedad que le llevó a la muerte, poner SI. En el caso en que falleció sin ningún tipo de atención médica, poner NO

Médico referente: nombre del médico que puede proporcionar mayor información sobre el caso

Causas de muerte: poner todas las causas, empezando por la causa básica

Las muertes en domicilio y sin atención médica deben notificarse por radiograma, teléfono o personalmente lo antes posible (además de figurar en la planilla semanal). Igualmente cualquier caso en que los profesionales intervinientes lo estimen pertinente.

IMPORTANTE

Esta es una planilla que forma parte de un sistema de vigilancia epidemiológica en desarrollo. Es provisoria y experimental. Todas las sugerencias respecto al mismo serán vivamente apreciadas y pueden hacerse personalmente al Dpto de Vigilancia Epidemiológica y/o por escrito en la misma planilla.

Autora de la tesis: **Maria Yvonne Ranaivoarisoa**

Domicilio: **Lucio V. Mansilla 1966. Bº Colón. Córdoba, Argentina.**

Teléfono: **+5493514554568 / +5493518089934**

Dirección electrónica: myranaivo@hotmail.com