

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



“Las sonrisas de los niños se evaporaron para convertirse en una expresión indefinida entre la sorpresa ante la muerte de su madre y el miedo a la soledad y el abandono”

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Situación socio-demográficas y de salud de niños de 0 a 5 años de muertes maternas ocurridas en el Hospital Regional “Dr Ramón Carrillo. Santiago del Estero, año 2008”

Trabajo para optar al título de Doctora en Medicina y Cirugía

Ana Carolina Salomón

Córdoba, 2016

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

COMISIÓN DE SEGUIMIENTO DE TESIS DOCTORAL

DIRECTOR

Prof. Dr. Ricardo Rizzi

INTEGRANTES

Prof. Dra. Laura Moreno

Prof. Dr. Mario Francisco Ramello

*Dedicada a:
Martín, mi compañero de ruta, a mis
pequeños Santiago y Candelaria.
Perdón por el tiempo robado.*

Agradecimientos

La realización de este trabajo fue posible, porque hubo muchas personas conocidas y desconocidas que brindaron su aporte y estuvieron presentes a lo largo de su desarrollo. Este es el lugar y el momento para mencionarlos, como justo reconocimiento

A mi Director de tesis Profesor Dr. Ricardo Glauco Rizzi

A la Comisión de Seguimiento

Profesora Dra. Laura Beatriz Moreno

Profesor Dr. Mario Francisco Ramello

A las familias que participaron en el estudio, que me brindaron su tiempo y me permitieron entrar en sus vidas para descubrir sus modos y formas de llevar adelante el cuidado y acompañamiento de los huérfanos de la Mortalidad Materna en trance obstétrico, y de las familias de no huérfanos, menores de 5 años que se mantenían en el núcleo familiar, para que este trabajo sea útil; llegue a las autoridades y pueda ayudar a mejorar la calidad de vida de los huérfanos santiagueños.

A la Ex Directora del Programa Materno-Infanto-Juvenil del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la provincia de Santiago del Estero Dra Mónica Afur; al Ex Director del Hospital Regional “Dr. Ramón Carrillo” Dr José Trejo; a la Jefa del Departamento Estadística; Lic. Graciela Kraff y al Dr Manuel Barthe, Coordinador del Servicio de Neonatología que me posibilitaron la recolección de datos sobre la mortalidad materna 2008.

A los organismos Internacionales con sede en Argentina: BM (Banco Mundial), BID (Banco Interamericano de Desarrollo), CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) OEA (Oficina de la Secretaría General de la Organización de Estados Americanos), OMS/OPS (Organización Mundial de la Salud - Oficina Sanitaria Panamericana), Centro de documentación de políticas sociales, UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) CIPPEC (Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento), Observatorio de la Deuda Social Argentina de la Universidad Católica Argentina, que generosamente me proporcionaron material impreso, lo cual me facilitó el análisis de la lectura documental.

A la Dra. María Josefina López de Neyra y a mi familia, por confiar en mí, por darme fortaleza en los momentos de debilidad, por sus sugerencias, ayuda, paciencia y apoyo constantes durante la realización de este trabajo, al Dr. Julio Enders por sus valiosas enseñanzas y asesoramiento estadístico.

A las personas que intervinieron y colaboraron desinteresadamente, para que esta labor diera sus frutos. Sin la participación de todos ellos, no hubiera sido posible lograrlo

Gracias por compartir estas historias conmigo.

Art. nº 25 del Reglamento de Carrera de Doctorado
“LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS NO SE HACE SOLIDADARIA
CON LAS OPINIONES DE ESTA TESIS”

INDICE

Página

Capítulo I: INTRODUCCIÓN

1.- MORTALIDAD MATERNO-INFANTIL

1.1. Situación global: en el Mundo; en América Latina y el Caribe; en Argentina y Santiago del Estero.....	1
--	---

2.- ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE SALUD DE LOS HUÉRFANOS DE LA MORTALIDAD MATERNA

2.1. Situación global: en el Mundo; en América Latina y el Caribe; en Argentina y Santiago del Estero.....	25
--	----

3.- LA RESILIENCIA

3.1.- La resiliencia en los huérfanos y en las familias cuidadoras de huérfanos de la mortalidad materna en trance obstétrico.....	33
3.2.- La Resiliencia en los sistemas de salud.....	36

4.- PROTECCIÓN SOCIAL

4.1. Situación global: en el Mundo; en América Latina y el Caribe; en Argentina y Santiago del Estero.....	37
4.2. La Protección social para las familias cuidadoras de los huérfanos de la mortalidad materna en trance obstétrico.....	45
4.3 Mirando el 2015 y después.....	47
4.4. Hipótesis de trabajo.....	47
4.5. Objetivo General y específicos.....	47

Capítulo II: MATERIAL Y METODOS.....	48
--------------------------------------	----

Capítulo III: RESULTADOS.....	64
-------------------------------	----

Capítulo IV: DISCUSIÓN y CONCLUSIONES.....	108
--	-----

Capítulo V: BIBLIOGRAFÍA.....	132
-------------------------------	-----

ANEXOS.....	147
-------------	-----

Resumen

Fundamentación. La población santiagueña presentó obstáculos geográficos, económicos, sociales, comunicacionales y culturales que dificultaron a las mujeres en proceso reproductivo recibir atención de salud adecuada y oportuna; muriendo arbitrariamente, dejando hijos huérfanos y familias cuidadoras, muchas veces en situaciones adversas y muy desfavorables.

Diseño. Estudio descriptivo-prospectivo, transversal y observacional.

Población y muestra. Se incluyeron los registros del total (16) de las muertes maternas ocurridas en el hospital de referencia, año 2008; 7 huérfanos sobrevivientes menores de 5 años que se mantenían en el núcleo familiar. Controles: 14 madres vivas; 14 menores de 5 años, mediante muestreo aleatorio estratificado.

Material y Métodos. Se evaluó el estado de salud de los menores involucrados de ambos grupos. El crecimiento, según criterios de OMS/SAP-OPS/MSN, estado nutricional y enfermedades prevalentes de la infancia. Se administró **Prueba Nacional de Pesquisa** (PRUNAPE) para captar el desarrollo social-personal, funcionamiento cognitivo, habilidades motoras gruesas y finas, habla y lenguaje. Se aplicó entrevistas semi-estructuradas a las familias involucradas en la muestra y observación en terreno con el objeto de valorar la situación socio-familiar.

Resultados. Las mujeres fallecidas eran jóvenes (EM 26 años); el 87,5% residían en el interior, Los departamentos más afectados fueron General Taboada (25%) Banda (18,75%), Salavina (12,5%) y capital (12,5%); el resto 6,25 se distribuyó en Choya, Juan Felipe Ibarra, Moreno, San Martín y Alberdi El 25% de las fallecidas eran adolescentes solteras, entre 14 y 17 años. La principal causa de muerte fue abortos sépticos (43,75%); seguido de hemorragias post-parto con un 31,25%.

En relación a crecimiento, el 28,57% de huérfanos mostraron desnutrición crónica regularizada. El 71,42% de los niños de madres vivas se encontraban en el canal armónico; el 14,28% con sobrepeso.

En desarrollo, el 100% los huérfanos alcanzaron los objetivos en el área personal social; el 85,71% lo hicieron en motricidad fina y gruesa y el 57,14% en el área lenguaje. En los niños de madres vivas; el 92,85% lo hicieron en el área personal social y en motricidad fina; el 85,71% en motricidad gruesa y el 50% en el área lenguaje. De los huérfanos el 57% y 28,57% de niños de madres vivas, no tenían carnet de vacunación al día. En enfermedades prevalentes de la infancia predominaron en ambos grupos y fueron las neumonías como infecciones respiratorias agudas (IRA). En enfermedades diarreicas agudas (EDA), los niños de ambos grupos, habían padecido episodios de diarreas agudas entre 1 y 5 veces en el año.

Los informantes, mostraron desconocimiento sobre la importancia del control de crecimiento y desarrollo, y prevención de enfermedades que afectaban a los niños. Ante la enfermedad utilizaban remedios caseros, de venta libre, consultaban a personas mayores o curandero. El 100% de ambas familias carecían de seguro de salud dependiendo exclusivamente del estado.

La situación socio-familiar era similar en ambos grupos, habitaban viviendas deficitarias y pertenecían a familias, numerosas y pobres (87,5%) (75,47%) respectivamente. En servicios básicos, la mayoría no contaban con agua potable, luz, gas, cloacas, tenían como acceso sanitario una letrina y vivían en hacinamiento crítico, careciendo a la vez de protección social.

Con la incorporación de los huérfanos, las familias cuidadoras reconfiguraron la estructura familiar. La precariedad económica, solo les permitía subsistir, sin embargo todos los huérfanos se mantenían en el núcleo familiar.

Conclusiones. Las familias estudiadas en su mayoría del interior; eran numerosas, pobres, con servicios básicos y de salud insuficientes y con escasa protección social. En salud dependían exclusivamente del estado. La situación socio-familiar de los menores de 5 años de ambos grupos se encontraba en distintos grados de riesgo, pero la mayoría mantenían buenas condiciones de salud en crecimiento y desarrollo. Todos los huérfanos se mantenían en el núcleo familiar.

Summary

Foundation: The population Santiago del Estero presented obstacles geographical, economic, social, communicational and cultural that hindered to them women in process reproductive receive attention of health adequate and timely; dying arbitrarily, leaving children orphaned and families caregivers, many times in situations adverse and very unfavorable.

Design: Descriptive prospective, transversal and observational.

Population and sample: Total (16) records included maternal deaths that occurred at the hospital of reference year 2008; 7 surviving orphans under age 5 who are kept in the family. Controls: 14 mothers living; 14 children under 5 years, through stratified random sampling.

Material and methods: We evaluated the State of health of both groups involved minors. The growth, according to criteria of WHO/SAP-OPS/MSN, nutritional status and management of childhood diseases. Given National screening test (PRUNAPE) to capture the social-personal development, cognitive performance, gross and fine motor skills, speech and language. Applied semi-structured interviews to the families involved in the sample and on-site observation in order to assess the socio-familial situation.

Results: Las deceased women were young (Ms 26); 87.5% resided in the interior, the most affected departments were General Taboada (25%) band (18.75%), Salavina (12.5%) and capital (12.5%); the rest 6.25 was distributed in Choya, Juan Felipe Ibarra, Moreno, San Martín and Alberdi 25% of the deceased were young single women, between 14 and 17 years. The main cause of death was septic abortions (43.75%); followed by bleeding postpartum with 31.25%.

In relation to growth, 28.57% of orphans were regularized chronic malnutrition. 71, 42% of children of mothers living were on the harmonic channel; 14.28% overweight.

Developing, 100% orphans reached the objectives the social personal area; did 85.71% in fine and gross motor skills and 57.14% in the language area. In children of mothers living; 92.85% did so in the social personal area and fine motor; 85.71% gross motor skills and 50% in the language area. Orphans 28.57% of children of mothers living, and 57% had no vaccination card per day. In diseases of childhood predominated in both groups and were respiratory infections like pneumonia, acute (IRA). In acute diarrheal diseases (EDA), children from both groups had suffered from episodes of acute diarrhea between 1 and 5 times in the year.

Respondents, showed ignorance about the importance of the control of growth and development, and prevention of diseases affecting to children. The disease they used home remedies, over-the-counter, they would consult older people or healer. The 100% of both families lacked of safe of health depending exclusively from the State.

The socio-familial situation was similar in both groups, loss-making homes inhabited and belonged to large families and poor (87,5%) (75,47%) respectively. Basic services in, most did not have drinking water, electricity, gas, sewer, they had a latrine as health access and lived in critical overcrowded, lacking social protection at the same time.

With the addition of the orphans, caregivers families reconfigured family structure. Economic precariousness, only allowed them to subsist, however all the orphans were kept in the family.

Conclusions: Families studied mostly the interior; were numerous, poor, with basic services and insufficient health and with little social protection. In health, they relied exclusively on State. Situation socio-familial children 5 years of both groups was in varying degrees of risk, but most kept healthy growth and development all the orphans were kept in the family

Capítulo I

INTRODUCCION

1.- MORTALIDAD MATERNO-INFANTIL (MMI)

1.1. Situación global: en el Mundo, en América Latina y el Caribe, Argentina y Santiago del Estero

Para reseñar la **Mortalidad Materna (MM) en el mundo**, debemos recordar que desde el lanzamiento de la Iniciativa Mundial sobre Maternidad Segura en la Conferencia Internacional (Nairobi-1987), con el patrocinio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Banco Mundial (BM) y Fondo de Población de Naciones Unidas para las Actividades de Población (FNUAP), se ha recorrido un largo camino en busca de encontrar soluciones a este grave problema (1)

En esa Conferencia el Dr. Halfdan T. Mahler decía: ***“la MM ha sido una tragedia descuidada y se ha descuidado porque las que sufren son personas ignoradas, con menos fuerza e influencia sobre cómo se emplean los recursos nacionales, son pobres y por encima de todo, son mujeres”*** (2)

Este compromiso, reafirmado en el 2000 por los gobiernos de 189 estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), propone alcanzar un conjunto de Metas que forman los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para el año 2015. (3)

Entre ellos, los que se relacionan con este estudio; **objetivo 4** “Reducir en 2/3 la Mortalidad Infantil (MI) en menores de cinco años, y **objetivo 5** en un 75%, la MM; desde 1990”, objetivos adoptados por Argentina, en concordancia con los ODM.

La aplicación es propia de cada país y Argentina adapta los objetivos y metas a su realidad, modificando el orden y porcentajes de los propuestos por ONU. Incorpora el objetivo, **Nº 3 “promover el trabajo decente”** con indicadores propios. Con este objetivo, Argentina cuenta con 9 ODM y la nomenclatura cambia para el resto de los objetivos con respecto a los países que han adherido a la Declaración del Milenio. Fija metas adicionales, e indicadores para su seguimiento, relacionadas con la equidad entre jurisdicciones y propone: Reducir la MI en 3/4 en menores de 5 años (**Objetivo 5**), y en 2/3 la MM (**Objetivo 6**); con el agregado de disminuir las desigualdad entre provincias (Meta 10 y 11) (4) Para Argentina éstas, son metas claves.

La experiencia indica que la mortalidad y morbilidad materna por complicaciones obstétricas, pueden reducirse con compromiso político, tecnología apropiada y de bajo costo. (5)

Sin embargo, después de más de 25 años de la Iniciativa, parece que las cifras estimadas por OMS para el 2008 (año que toma como referencia este estudio) de 358 mil muertes, dejan casi todo igual, ya que al 2015, todavía mueren 303 mil mujeres durante el proceso reproductivo. Estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría pueden prevenirse (6)

Diferentes estudios, (7) (8) (9) muestran que la MM desciende lentamente; solo se redujo en un 43%, si se tiene en cuenta que el objetivo para el 2015 era reducirla en un 75% (10)

El informe “Tendencias en las Estimaciones de MM 1990-2013” muestra que 11 países del mundo con niveles elevados de MM en 1990 (Bhután, Cabo Verde, Camboya, Eritrea, Guinea Ecuatorial, Maldivas, Nepal, República Democrática Popular Lao, Rumania, Ruanda y Timor-Leste) alcanzan la meta de los ODM, reduciéndola en un 75%.

La OMS define a la MM como **“la muerte de una mujer cuando está embarazada o en los 42 días posteriores al fin de la gestación, independientemente de la duración y lugar del embarazo, y debido a alguna causa relacionada o agravada por éste o por su gestión, pero no por causas accidentales”**, (11) luego, la extiende hasta un año postparto llamándola “Mortalidad Materna Tardía”, que a juicio de observadores, es discutible, (12) ya que eleva las cifras sumando patologías, no relacionadas con la gestación.

Es propósito de este estudio, analizar brevemente, la documentación de mayor relevancia en relación a la MM, sobre los progresos y retrocesos de los ODM desde 2008 a 2015.

Los Informes anuales de ONU: ODM 2008, (13) **2009** (14) **2010**, (15) **2011**; (16) reconocen que no todos los países, tienen sus acciones bien encaminadas, que se ha perdido tiempo, se ha desperdiciado oportunidades y que la crisis económica 2008-09, deja huellas severas en los países donde los sistemas de protección social son débiles.

Al cumplirse el horizonte temporal que marcan los ODM, muchos países no pudieron cumplir con los ODM 4 y 5, porque no se cumple con el **Objetivo 8: la alianza mundial para el desarrollo**. Las contribuciones y esfuerzos globales, no alcanzan para enfrentar el desafío

En relación al **objetivo 5**, de nuestro interés; los informes indican que la MM sigue alta en gran parte del mundo en desarrollo. Las principales causas de muerte permanecen inalterables, siendo las hemorragias graves y las infecciones (en su mayoría post-parto); la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia); complicaciones en el parto y los abortos inseguros.

Para reducirla, los países deben, atender la demanda de anticonceptivos y planificación familiar, atención prenatal y obstétrica con personal calificado y cumplir con las cuatro consultas recomendadas por OMS-UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), y reducir los embarazos adolescentes.

Durante la **Cumbre Mundial sobre los ODM 2010: “Cada mujer, Cada niño”**, Ban Ki-moon, Secretario General de ONU, pone en marcha la “Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño” y ofrece recursos financieros para que el siglo XXI sea diferente y se puedan salvar más de 16 millones de mujeres y niños/as (17)

Es destacable, cómo la República Federal Democrática de Nepal (Asia Meridional), con casi 30 millones de habitantes, país subdesarrollado, con altas tasas de MM; logra reducirla al 2010, casi en un 50%. Con ello logra el *MDG Millennium Award* (Premio ODM-2010). Para ello legaliza el aborto en el primer trimestre; presta servicios de aborto seguro; educa sobre embarazo saludable, aumenta por ley la edad para casarse, mejora los caminos y capacita voluntarios comunitarios en el primer nivel de atención (18) Aun así una mujer muere cada dos horas durante el parto y nueve de cada diez siguen dando a luz en casa sin asistencia de personal calificado.

El Informe: **Seguimiento mundial 2011** (19). Reconoce que medir la MM no es fácil, la falta de datos impide determinar los progresos o retrocesos. El error sistemático, afecta su exactitud y hace que las estimaciones presenten intervalos de incertidumbre y sean poco confiables

Los Informes anuales 2012 (20) **2013** (21) **2014** (22) **2015** (23) indican que hay avances significativos en muchos objetivos sobre pobreza extrema, personas que carecen de agua potable, calidad de vidas de los hacinados, paridad de género en la enseñanza primaria y en la MM y MI en menores de 5 años, pero no son uniformes en todos los países del mundo, por lo que es necesario avanzar con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), integrando dimensiones sociales, económicas y medioambientales, que servirán de base para la agenda post 2015.

Arriesgarse a morir para dar vida, forma parte del derecho a la vida, por lo que la ONU define a la MM como un problema de derechos humanos (24). Para la salud pública, es un evento trazador que mide la salud de la población (25) que muestra un mosaico de avances, estancamientos y retrocesos.

Se sabe que la educación de la mujer, (26) mejora la salud materna, permite atender mejor a sus hijos, tener más oportunidades para trabajar, casarse más tarde, decidir cuántos hijos quiere tener y cuándo. Tiene derecho a la atención obstétrica especializada, pero para acceder a ella se enfrenta dificultades geográficas, económicas, sociales y culturales, difíciles de resolver; que producen retrasos en la decisión de buscar y recibir atención. Estos retrasos pueden ser mortales.

La paradoja que se da en torno de este problema, es que se conoce lo que se puede y debe hacer, pero no se hace. Falta compromiso y voluntad política de los gobiernos, haciendo que el panorama para millones de mujeres en proceso reproductivo, sea un horizonte desolador.

Los ODM sintetizan muchas de las promesas realizadas en el marco de conferencias internacionales desde los años 90 hasta nuestros días, y reconocen que el desarrollo reposa sobre la gobernanza democrática, el estado de derecho y el respeto de los derechos humanos.

En la Asamblea General de ONU 2015, el Secretario General Ban-Ki moon, presentó la **“Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030”** (27)

Es una hoja de ruta que tiene como meta acabar con todas las muertes evitables de mujeres, niñas y adolescentes, abordando sus causas. Busca resolver las desigualdades en la calidad de atención de los servicios de salud reproductiva, materna-neonatal y en su acceso; lograr cobertura universal, atención integral, con sistemas de salud que respondan a las necesidades y prioridades de mujeres y niñas.

Son las mujeres rurales pobres, las que tienen menos posibilidades de recibir o buscar atención de salud de calidad; la pobreza; las distancias; la falta de información; las prácticas culturales y servicios inadecuados, no les permiten identificar los riesgos. Solo aplicando políticas públicas integrales con perspectiva de género, se podrán lograr resultados exitosos.

Podrá el siglo XXI ser diferente para cada mujer durante el proceso reproductivo?

Referirse a la **Mortalidad Infantil mundial**, significa pensar que la infancia es tratada a lo largo de los años de distintas maneras. Ellos/as no son considerados/as personas con derechos propios que merecen una protección especial por no tener todas sus capacidades desarrolladas.

El siglo XX es considerado el siglo de la infancia. En él, se aprueban las leyes más importantes sobre la infancia.

Tras los graves efectos que deja sobre ella la 1a Guerra Mundial, se crea la Unión Internacional de Socorro de los Niños (1920) que luego se transforma en UNICEF. Su misión como organismo, comienza, en 1946, para ofrecer apoyo a los niños/as europeos y luego termina por convertirse en el organismo más importante, vital y referente en su materia: **los niños**.

Por tal razón en 1953, la Asamblea General de ONU (28) lo convierte en organismo permanente dentro de su sistema. En 1924 se redacta la primera Declaración de los Derechos del Niño (Declaración de Ginebra), donde se reconocen en cinco artículos las necesidades fundamentales de los niños/as, su derecho al desarrollo, asistencia, socorro y protección (29)

En 1959, tras la 2a Guerra Mundial, y viendo que los niños necesitaban protección especial, se proclama la Declaración de los Derechos del Niño (1989) (30)

La Cumbre Mundial en Favor de la Infancia (1990) (31) hace público los problemas que afectan a la infancia en el mundo, así como sus potencialidades y capacidades. En la Cumbre del Milenio (2000) (32) los representantes de los estados miembros de ONU se reúnen para reflexionar sobre el destino de la humanidad y reconocen que el 30% de los niños/as viven con escasos recursos, advirtiendo los retos que el mundo debe enfrentar.

Estos dirigentes se comprometen que, para el 2015, el mundo debe lograr avances medibles en las principales esferas del desarrollo humano y elaboran un plan para un futuro mejor: **los ODM. Seis de los ocho objetivos hacen referencia a la infancia**. El logro de los dos últimos también trae aparejadas mejoras en sus vidas.

Durante toda su historia, la labor de UNICEF ha estado dirigida a garantizar la vigencia de los derechos de la infancia; derechos que los dirigentes mundiales definen en la *Convención de los Derechos del niño (CDN)* en 1989. Por su destacada actuación y compromiso, UNICEF, obtiene el Premio Nobel de la Paz (1965) y el Premio Príncipe de Asturias en la Concordia (2006).

Es el único organismo intergubernamental dedicado a la infancia, financiado por contribuciones voluntarias de individuos, empresas, fundaciones y gobiernos; con mandato de fomentar y proteger los derechos y bienestar de la niñez, por lo que incorpora los ODM a su misión. Este organismo es responsable de lograr avances en 13 de los 48 indicadores de progreso de los ODM. Es el vigilante de los datos mundiales y por países relacionados con los seis ODM referidos a la infancia. Elabora fuentes de datos que son reconocidas y utilizadas mundialmente

Los programas UNICEF-OMS, contemplan la atención obstétrica a embarazadas y neonatal durante las cuatro semanas posteriores al alumbramiento y la promoción de la lactancia materna. Para UNICEF lograr "Un mundo apropiado para los niños", es fundamental.

En el mundo (33) mueren diariamente miles de niños/as menores de cinco años, la mayoría en países en desarrollo. La tasa de MMI en los países menos desarrollados es 30 veces superiores a las de los países de ingresos altos (34) Muchos de ellos son pobres, viven hacinados, en zonas rurales o sub-urbanas, en viviendas precarias, marcados por desigualdades; mueren privados de servicios básicos y sin acceso a ellos que pueden salvarlos.

La OMS (35) promueve 4 estrategias principales para alcanzar los ODM

- ▶ cuidado y tratamiento domiciliario adecuado a complicaciones en el RN;
- ▶ atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia;
- ▶ programa ampliado de inmunización;
- ▶ alimentación del lactante y del niño pequeño.

La autora, considera oportuno hacer referencia a los informes de UNICEF "**Estado Mundial de la Infancia**", (2008-2015), dado que la temática está relacionada con su estudio. Estos informes difunden temas de interés, datos estadísticos y metodologías de análisis que contribuyen al conocimiento de la situación de la infancia. UNICEF, ha exhortado cada año a que los organismos, sociedad civil, sector privado y comunidad se unan en favor de la infancia

Los informes "**Estado Mundial de la Infancia**": 2008 (36) 2009 (37) 2010 (38) 2011 (39) 2012 (40) 2013 (41) 2014 (42) 2015 (43) presentan una amplia evaluación de la situación de la supervivencia infantil y de la Atención Primaria de la Salud (APS) para madres, recién nacidos, niños/as. Examinan cuestiones relacionadas con la salud materno-neonatal, adolescente, y de los niños/as con discapacidad. Hacen hincapié en la necesidad de establecer una atención continua, para terminar con las desigualdades y garantizar los derechos de la niñez. Describen los últimos paradigmas en políticas y programas destinados a mejorar su salud, destacando la importancia de las estadísticas con datos fiables, para generar acciones a favor de la Infancia.

La OMS, dirige y coordina los temas de salud dentro del sistema de ONU. Es responsable de las investigaciones en salud, establecer normas y estándares, diseñar políticas, realizar seguimiento, valorar tendencias sanitarias y prestar apoyo técnico a los países que lo necesitan. Reconoce en 10 datos sobresalientes sobre la salud infantil (44) que:

- 1.- El riesgo de muerte es más elevado en el primer mes de vida.
- 2.- Tres millones de niños mueren anualmente antes de cumplir un mes de vida.
- 3.- La neumonía es la principal causa de muerte en menores de cinco años.
- 4.- La diarrea es una de las principales causas de enfermedad y muerte en niños/as de los países en desarrollo.
- 5.- Cada 45 segundos muere un niño africano por paludismo.
- 6.- Más del 90% de los niños infectados con VIH se infectan por transmisión materna.
- 7.- Hay 20 millones de menores de 5 años con malnutrición grave en el mundo.
- 8.- Las 3/4 partes de la MI se registra en África y Asia, en zonas rurales y en familias pobres
- 9.- Aproximadamente 2/3 de las muertes infantiles son prevenibles
- 10.- El aumento de la inversión es clave.

La publicación, *Levels & Trends in Child Mortality*, (45), muestra estimaciones sobre MI a nivel nacional, regional y mundial. Estos datos ayudan a los países a producir estimaciones oportunas y exactas. Las estimaciones 2014 “*Niveles y tendencias en la MI*” revelan que en el 2013 mueren 6.300.000 niños/as menores de 5 años; en su mayoría por causas prevenibles como: complicaciones en el parto, nacimiento prematuro, malnutrición, neumonía, diarrea y malaria (46). El informe 2015 indica que, los progresos han sido considerables pero todavía mueren cada día 16.000 niños menores de 5 años y que el descenso del 53% en la mortalidad de menores de 5 años no fue suficiente para alcanzar el ODM (47) Señala que el 45% de estas muertes ocurren en el período neonatal, mostrando la cara más dura de una realidad vigente (48)

Uno puede pensar que con tantas instituciones involucradas y de tal envergadura, la recopilación y análisis de datos debe ser algo simple. Sin embargo, analizar datos sobre MI, no es sencillo. En algunos países no existen datos, en otros varía la forma de registrarlos e identificar las causas. Ellos son miembros de ONU y no se ajustan a los acuerdos establecidos.

Diversos estudios (49) (50) indican que las disparidades se reflejan en indicadores claves: entre países en desarrollo e industrializados, entre ricos y pobres, entre poblaciones rurales y urbanas y entre niños y niñas

UNICEF (51) y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura (FAO) (52) ponen el dedo en la llaga cuando apuntan a las diferencias sociales y advierten que el hambre en el mundo afecta a 870 millones de personas, e indican que cada seis segundos muere un niño/a por esta causa y una de cada seis personas no tiene alimentos suficientes para estar saludable. Esto significa que una de cada siete personas se acuesta a dormir con hambre y reclaman “*una cara más humana*” ya que la pobreza y el hambre ponen en peligro la vida de los niños en el mundo. Erradicar el hambre no es una utopía, es algo factible, siempre que exista voluntad política.

El hambre y la desnutrición son el principal riesgo para la salud, uno de cada cuatro niños/as en los países en desarrollo tienen bajo peso (53) El hambre encabeza la lista de los diez principales riesgos (54) Nuestro planeta produce el doble de alimentos de los que se necesitan. Ante esta realidad; compartir, parece una solución obvia, natural y justa. Lo que no parece natural, es que cada año, 55 millones de niños/as sigan sufriendo desnutrición aguda.

En los informes anuales “*Estado Mundial de la Infancia*”, UNICEF describe la nefasta realidad en que nacen y crecen muchos niños/as en el mundo. La pobreza, la desigualdad e inequidad es una realidad que se muestra desarticulada, en ocasiones oculta, y cuando emerge lo hace asociada a problemas lacerantes.

Aproximarse a *dar una mirada sobre lo acontecido desde el 2000 al 2015*, con este telón de fondo, bajo la ilusión de mejorar su salud, salvar sus vidas y protegerlos de enfermedades y que no padezcan hambre; es una deuda pendiente que tiene la sociedad entera con la niñez.

Se podrá con la nueva estrategia, cancelar esta deuda al 2030?

En relación a la **MM en América Latina y el Caribe**; diversas agencias, reafirman los compromisos asumidos por la Conferencia Internacional sobre una Maternidad sin Riesgo y renuevan esfuerzos en una estrategia para reducir la MM en la región en el corto plazo.

La Conferencia **“Desarmando la crítica. El Cairo, cinco años después”** (México 1998), (55) deja en claro que la salud sexual y reproductiva de las mujeres está determinada por las condiciones en que ellas viven; por la pobreza e inequidad; y por su capacidad para ejercer sus derechos humanos básicos por el cual el Grupo de trabajo Interagencial Regional, pone en marcha el Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe (56) Su misión es alcanzar la meta propuesta por la Cumbre del Milenio, para obtener servicios de calidad, posibles y accesibles.

En la región viven al 2014, 623 422 000 de personas (57). El 75% viven en áreas urbanas. Es la región en desarrollo más urbanizada del mundo. En Chile, Argentina y Uruguay; el 85%, vive en zonas urbanas y en Haití, Guatemala y Honduras más del 50% vive en áreas rurales.

Es una región rica en diversidad cultural, lingüística y biológica. Los pueblos originarios, constituyen una porción importante y se concentran en México, Bolivia y Guatemala, Ecuador, Perú, Colombia, Brasil, Chile y algunos países de América Central y el Caribe.

En 1990, mueren en América Latina 14.mil mujeres por causas relacionadas con el proceso reproductivo. Esto explica por qué, en el 2000, la Asamblea General de ONU, dentro de los ODM, acuerda para la región, una reducción de la MM del 75%, para el 2015

En Sudamérica se registran en el 2008; 5.321 muertes maternas (58) por complicaciones del proceso reproductivo. Más del 70% de ellas ocurren por complicaciones por aborto inseguro, hemorragias, infecciones, hipertensión y parto obstruido, aunque en la actualidad hay un cambio en el perfil etiológico en países como Cuba, Costa Rica, Uruguay y Chile, en los cuales ha aumentado la proporción de las llamadas causas indirectas (no obstétricas) de MM. (59)

El panorama de la situación de la MM en la región es dispar. Presenta un cuadro complejo en cómo se produce el acceso desigual de las mujeres a la salud reproductiva. El difícil acceso geográfico a los servicios de salud, la pobreza, el analfabetismo y la oposición de algunos cónyuges al control prenatal, producen con su muerte la fragmentación de la familia, que impacta física, psicológica y espiritualmente, en forma directa sobre los huérfanos (60)

El Observatorio **“Igualdad de Género de América Latina y el Caribe”** (61) señala que en el 2008, Chile y Uruguay son los países de la región con la Razón de MM (RMM) más baja (26 y 27 muertes por cada 100.000 NV) Ecuador y Bolivia se sitúan en el otro extremo, con 140 y 180 muertes. En la mitad del espectro se ubican, en orden, Brasil (58), Venezuela (68), Argentina (70), Panamá (71), Colombia (85), México (85), Paraguay (95), Perú (98), Nicaragua (100), República Dominicana (100), El Salvador (110), Guatemala (110) y Honduras (110).

Chile logra el descenso de la MM, al realizar una fuerte inversión en el área MI; aumenta la atención profesional del parto y reduce las enfermedades que complican el proceso reproductivo y con la planificación familiar contribuye a disminuir las muertes por aborto. En Uruguay la baja de la MM, responde a factores asociados al sistema de salud, nivel educativo y la implementación

temprana de políticas Materno-infantil a mediados del siglo XX, que permiten la institucionalización del 98% de los partos, captación temprana del embarazo, controles aceptables en número y la atención confidencial a mujeres pre-post-aborto (62)

Argentina, muestra voluntad política y cuenta con recursos suficientes para desarrollar programas para reducir la MM; pero no logra resultados significativos, porque carece de políticas de salud preventiva y de educación en salud sexual y reproductiva, baja calidad de atención y capacidad resolutive para atender a las mujeres pos-aborto.

Los principales problemas en la atención de las mujeres gestantes de la región son:

- ▶ Demoras en tomar la decisión de acudir al centro de salud, por falta de información y reconocimiento de sus derechos; por subvaloración de sus necesidades o por negligencia
- ▶ Dificultad para acceder a los servicios de salud (barreras geográficas, económicas, culturales)
- ▶ Barreras administrativas para el acceso oportuno a la atención especializada.

En la Declaración de MM: **“Romper el silencio, sumar nuestras voces y actuar”** (63) se recoge la necesidad de mayor inversión financiera en la región y un respaldo inequívoco a las iniciativas de prevención del embarazo adolescente. Las altas tasas de estos embarazos, son un factor determinante en la perpetuación del ciclo de la pobreza, incidiendo en la salud madre-hijo.

Todos los países de la región, consideran el tema de la mujer como prioritario en la lista de los compromisos establecidos en los ODM, pero muchos gobiernos lo olvidan.

Los informes del BM (64) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (65) advierten que la región, es la más desigual del mundo en términos de ingresos, logros educativos y salud. Ello es un obstáculo para reducir la pobreza, ampliar las libertades y avanzar en el desarrollo humano, para que todas las mujeres puedan elegir con autonomía.

OPS y OMS, (66) llegan a la conclusión que el 27% de la población Latinoamericana no tiene acceso permanente a los servicios de salud. Un 46% no tiene ningún tipo de cobertura de salud, y un importante número de niños/as no tiene acceso a un plan completo de vacunación.

El problema de la exclusión, la inequidad, la disparidad, sigue sin resolverse, aunque hay avances (67) (68) muchos países han logrado reducirlas a través de programas inclusivos,

Se analiza aquí, sucintamente como está **América Latina y el Caribe** en relación a la MM y los ODM, desde 2008 hasta 2015.

La RMM, desciende entre 1990-2008 de 140 a 85 muertes maternas por 100.000 NV, (69), entre 1990 -2014 un 40%, poco menos que el promedio mundial (45%) y por debajo de la meta del 75% fijada por los ODM. Esto pone en evidencia que muchos países están retrasados

Es así, que todavía mueren alrededor de 9.300 mujeres (2013) por causas maternas. Estas causas apuntan a la necesidad de mejorar la atención del embarazo, parto y puerperio, que están sesgadas por barreras de acceso y carencias de servicios de calidad en la atención de salud.

Los países que más avanzan son: Perú (-64%) Bolivia y Honduras con (-61%), República Dominicana (-57%) Barbados (-56%), Guatemala (-49%), Ecuador (-44%) Haití y Brasil con (-43%), El Salvador (-39%), Nicaragua (38%) (70)

Las **Comisiones Regionales** de ONU son las que coordinan y elaboran los informes de los ODM, regionales e interagenciales, tanto a nivel general como enfocados a temas específicos.

Estos informes basan sus análisis en indicadores oficiales de los ODM y en indicadores complementarios relevantes para la región. Están disponibles; el 1º, 2º, y 3º Informe Regional e Interagencial de Progreso de los ODM (2005, 2010 y 2013), el Informe Interagencial Regional (2011) sobre cumplimiento de los compromisos y retos y tres informes temáticos Interagenciales: ODM 3. Género (2007); ODM 4, 5 y 6. Salud (2008); ODM 7. Desarrollo Sostenible (2009)

Estos informes establecen algunas tendencias relacionadas con el ODM 5, e indican, que es necesario utilizar con reserva el indicador de la MM. El sub-registro en la región es alto, a causa del aborto ilegal que en ocasiones se oculta, por ser una de las primeras causas de muerte. La deficiente detección y registro de las causas de muertes, afectan su confiabilidad (71)

Se evidencia entonces que la MM es un ODM descuidado y constituye un fiel testimonio de inequidad, injusticia social y violación al derecho básico de la vida, señalado en el Artículo 3º de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que dice: **“Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”** (72).

Los informes regionales anuales ODM de ONU: 2008, (73) **2009**, (74) **2010**, (75) **2011** (76) **2012** (77) **2013**, (78) **2014** (79) **2015** (80). publican los avances, retrocesos y desafíos pendientes de cada uno de los 8 ODM, y aseguran que en algunos países; varios objetivos se han cumplido, con esfuerzos mundiales, regionales, nacionales y locales, pero todavía hay países retrasados.

Existen otros documentos de ONU y de otros organismos que se ocupan de realizar y mostrar sus propias evaluaciones sobre los ODM. Ellos indican que el aumento de los embarazos adolescentes y la crisis global, (2009) que sacudió a la región, condiciona el avance de las metas.

La fecha límite para alcanzar los ODM, ha concluido y se inicia un proceso de reflexión sobre el futuro del desarrollo mundial. La definición de la **“agenda post 2015”** es una razón para marcar el comienzo de una nueva era en el desarrollo internacional: una que **logre erradicar la pobreza extrema, la desigualdad, la iniquidad para todos.**

El capital social, y la salud pública, (81) (82) se ven amenazados y esto representa un fuerte y nocivo impacto para las presentes y futuras generaciones, siendo esto un desafío que no puede ser ignorado por los gobiernos de la región.

Desde que ONU decretó el 8 de marzo (1977) como **“Día Internacional de la Mujer”** con el objetivo de: fomentar y proteger los derechos de la mujer, han pasado muchos años. Pese a los reclamos de ONU a los Estados-parte, hay millones de mujeres en Latinoamérica que hoy subsisten en situaciones de vulnerabilidad, pobreza, desigualdad, inequidad y con un futuro poco prometedor en relación a salvaguardar sus vidas frente a la muerte materna en trance obstétrico.

Será el 2030 la hora de la igualdad y equidad; dejar de morir por dar vida en América Latina?

Explorar *la MI en América Latina y el Caribe* nos lleva a repensar que no existe otro ser menos visible en la historia latinoamericana que el niño/a. Se repite constantemente **“Los niños/as deben ser lo primero”**, pero cuando se confronta con los datos, la situación es inversa, ellos son los más perjudicados por la evolución de la región y siempre son los últimos.

Las historias de las grandes estructuras económicas y sociales de la región, olvidaron a los niños/as. Desde la época prehispánica hasta el presente, ellos participan, de diversas maneras, en los eventos más cruciales y decisivos. (83) En la región crecen los espacios donde se debaten las políticas públicas sobre la infancia y su sensibilidad frente al problema es bastante clara, al mismo tiempo la solución parece cada vez más gigantesca y más lejana.

Hoy la infancia sufre grandes transformaciones; ser niño/a en la región no es sencillo; cada vez están más lejos de poder disfrutar esa etapa junto a su familia. Sus padres no pueden cubrir sus necesidades básicas. Esta es su realidad; se ven obligados a subsistir y para lograrlo se convierten en mano de obra barata y explotable. Las alternativas son pocas y recorren el camino del delito, la violencia, la intolerancia, soportan injusticias, están solos y desamparados.

Las características socioeconómicas de los países de la región, se manifiestan por una amplia gama de desigualdades. Una de cada tres familias habita en viviendas inadecuadas. Los países que peores índices registran son Nicaragua, Bolivia, Perú y Guatemala, (84) carecen de instalaciones sanitarias en sus viviendas, ingresos reducidos, malnutrición, sin acceso a la atención de salud y educación básica, etc. (85)

El estudio **“Pobreza infantil en América Latina y el Caribe”** 2010 (86) elabora un diagnóstico y desarrolla una medición de la pobreza infantil en la región vinculado al cumplimiento de la CDN con enfoque de derechos y propone recomendaciones de políticas públicas para su superación. Para promover estas mediciones, ONU, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y UNICEF regional, lanzan una guía para su estimación (87) Es una herramienta multimedia, gratuita, que permite poder contar con mediciones confiables.

Según el informe de ODM 2008, alrededor de 10 millones de niños/as en el mundo mueren antes de cumplir cinco años. Para OPS/OMS (88) la mortalidad en menores de cinco años se reduce en la región de 54 a 16 por 1.000 NV en los últimos diez años.

Algunas cifras, hablan por sí solas. De los 616 645 000 habitantes de América Latina y el Caribe; el 30,4% para unos y el 31,4% para otros (89) (90) son pobres y una porción importante de niños/as y adolescentes enfrentan adversidades que los perjudica en forma directa en esta etapa del ciclo vital, que luego repercuten en el resto de sus vidas y las transmiten a las generaciones siguientes. Cinco países registraron disminuciones significativas en sus tasas de pobreza entre 2009 y 2010: Perú, Ecuador, **Argentina**, Uruguay y Colombia

El documento 2008 publicado por el BM (91) indica que, los niños/as y adolescentes de la región suman casi la mitad de la población total. La mitad de esa mitad vive en la miseria

El Informe de Progreso 2014 **“Una Promesa Renovada”** de Unicef, indica que los cinco países que más sobresalen en la región son Cuba, Chile, Antigua y Barbuda, Costa Rica y San Cristóbal y Nieves, que registran menos de 10 muertes por 1.000 NV.

Otros documentos (92) (93) informan que el 27,5 por 1.000 NV; mueren antes de cumplir los 5 años por enfermedades prevenibles como: diarrea, neumonía, desnutrición, y otras por falta de vacunación. Son también causa de consultas pediátricas (60-80%) y del 40-50% de hospitalizaciones, razones avaladas, por barreras geográficas, sociales, económicas y culturales.

La iniciativa **“Niños Saludables”** (2002) (94) propone reducir 100.000 muertes de niños/as menores de 5 años en la región a través de la llamada Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI); para posibilitar cumplir con el ODM 4. Para reducir estas muertes, OPS/OMS, piden a organismos nacionales la colaboración y participación de los Ministerios de Salud de cada país. Para lograrlo propone una estrategia efectiva y económica, con el compromiso de todos los involucrados con AIEPI.

La OPS (95) define con claridad las limitaciones que provocan esta situación:

- Atención del niño solo por motivo de consulta, sin buscar otros problemas que puedan afectarlo; no se revisa el estado de vacunación y nutricional. No se ofrece a los padres información comprensible para cumplir el tratamiento o practicar cuidados preventivos para que la enfermedad no empeore o vuelva a repetirse.
- Falta de capacitación del personal para identificar a tiempo los signos de peligro, y de conocimiento y habilidades para diagnosticar y manejar las enfermedades.
- Uso irracional de antibióticos y otros medicamentos. Excesivo uso de laboratorio y radiología, ya que los resultados no siempre son utilizados para diagnóstico-tratamiento.
- Hospitalizaciones innecesarias para tratar los casos de neumonías y diarreas.

La crisis global (2008-09) interrumpe el progreso para lograr las metas previstas y crea incertidumbre sobre la posibilidad de alcanzarlos en el tiempo previsto, sin embargo la región tiene cuatro importantes ODM cumplidos (1, 2, 3, 4 y 7). También tiene buenos resultados en MI, mortalidad de menores de cinco años y saneamiento; pero está retrasada en MM (96)

Al analizar documentación sobre el tema, se advierte que la región ha avanzado en:

- Programas de Salud Materno-Infantil, basados en APS.
- Programas de Vacunación masiva, para disminuir las enfermedades prevenibles y el uso de la terapia de Rehidratación Oral.
- Programas de Control de Crecimiento y Desarrollo.
- Aumento de la cobertura básica en la provisión de agua y saneamiento.

Si bien las tasas de mortalidad de niños menores de 5 años en la región desciende, todavía se produce una muerte cada 3 minutos en algún lugar de América Latina y el Caribe. El 60% muere antes de cumplir 1 año y el 50% muere antes de los 28 días de vida. Una alta proporción de ellos por causas prevenibles. (97)

La causa principal de muerte en menores de 5 años, es la neumonía y la diarrea, 2da causa de muerte en estos menores, producida en el 60% de los casos por rotavirus, para el cual existen vacunas que no se incluyen en el calendario oficial de todos los países de la región. Argentina las tiene incorporadas al calendario oficial, junto con la de varicela y meningococo. La tos convulsa es la 5ta causa de muerte, luego de las infecciones producidas por neumococo, sarampión, rotavirus. Haemophilus influenzae (98). Si los países de la región las incorporan en sus calendarios de vacunación como obligatorias, contribuyen a reducir la MI

La desnutrición es otro factor importante en las causas de MI, Haití reviste el índice más alto (35%) de su población subalimentada. República Dominicana y Bolivia, con tasas moderadamente altas (25-34%). Honduras, Colombia, Ecuador, Perú y Paraguay con tasas moderadamente bajas (10-19%). Brasil está en la zona amarilla (5-9%). Argentina aparece entre los países con niveles más bajos de desnutrición, con el 5% (99) sin embargo a menudo mueren niños por desnutrición.

La bibliografía indica que quienes padecen deficiencias de nutrición en el seno materno y en los primeros dos años de vida “no solo no crecen (en estatura)”, sino que su cerebro tampoco lo hace. El resultado es que aprenden y desarrollan menos sus capacidades. Por eso es importante cuidar a las embarazadas y a los niños/as durante los primeros mil días de vida, para prevenir problemas irreversibles asociados al crecimiento y desarrollo

Otra prioridad para UNICEF en la región es mejorar el registro de nacimientos. No estar registrado como nacido, es carecer de identidad. Si eso no se hace, existe el riesgo de que a ese niño/a se le nieguen sus derechos al bienestar, a la escolarización, al desarrollo de capacidades; el acceso a la salud y beneficios sociales. No ser reconocido como ciudadano, no tener nacionalidad, no poder probar quien es, lo convierte en excluido del mundo.

Todos los países de América Latina y la mayoría del Caribe tienen **Centros Coordinadores Nacionales** de UNICEF que expresan sus resultados a través de publicaciones.

UNICEF pone a disposición de los gobiernos, instituciones y público en general, los informes anuales, de las oficinas nacionales, regionales y de las divisiones de la sede.

Son ellos: Estado mundial de la infancia, Progreso para la infancia, Informe anual de UNICEF e Informe de acción humanitaria. Estas publicaciones desempeñan una función fundamental en el cumplimiento del mandato de UNICEF en favor de los derechos de la infancia. Ofrecen un vehículo para que ésta participe en el debate sobre las políticas y toma de decisiones

Todos los países de la región se esfuerzan y trabajan sobre los derechos de la niñez; aún queda mucho por hacer para que la implementación de esos derechos, sean una realidad palpable.

Más allá de las Metas: Los gobiernos de la región, le dan la espalda a miles de niños que se encuentran en situación de inequidad y vulnerabilidad, con pocas posibilidades de salir de la exclusión y la invisibilidad, permaneciendo como problema crucial.

Al hacer referencia a la **MM en Argentina**, se destaca que el país asume los compromisos internacionales, regionales, nacionales para la implementación de políticas tendientes a disminuir la MM, por las cuales las provincias reciben financiamiento y suministros.

En 1998 fallecen 229 mujeres en proceso reproductivo (3,8 por 10000 NV), sin tener en cuenta el sub-registro calculado en un 50%. Si bien esta tasa de MM es inferior a la de los países considerados como de “alta MM”; es alta en relación con los parámetros que caracterizan a la Argentina comparada con Chile con 23 y Uruguay con 21 muertes maternas por 100.000 NV. (100) Esta situación pone en alerta al gobierno nacional y busca alternativas para disminuirla.

La evidencia comprobada del sub-registro dado por el encubrimiento de la muerte materna por causas (mueren por complicaciones del proceso reproductivo, y se inscriben por otras causas), lleva al Programa Nacional de Estadísticas de Salud, (2001) (101), con el fin de reducir el sub-registro incluir en el informe de defunción dos preguntas claves.

- ¿Estuvo embarazada en los últimos 12 meses?
- En caso afirmativo. ¿Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo?

Con estas dos preguntas se disminuye el sub-registro; pero no todos los establecimientos de salud lo informan, ni lo hacen con el mismo patrón. Muchos no notifican la defunción dentro de las 72 horas posteriores al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. (SNVS) (102)

De ello se desprende que la situación de la MM en el país es heterogénea, muestra un mosaico con distintos grados de problemas, oportunidades y progresos. Algunas provincias muestran valores dos veces superior a la media nacional y revela un drama social familiar. (103).

ONU (2005), (104) señala que Argentina es el país de América Latina que durante la década del 90, más se profundizan las desigualdades. El BM (2007) (105) revela que muchos de los argentinos más pobres son invisibles ante las estadísticas oficiales, por no estar incluidos en la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), que es la base para las estimaciones de pobreza y condiciones sociales del país. El sesgo está dado por falta de datos sobre los pobres rurales. (106)

La tasa de MM en el 2008 es de 4 por 10.000 NV, fallecen 296 mujeres; 62 por aborto (107) de las cuales 5 suceden en **Santiago del Estero**. En el 2009 es de 5,5. El repunte es atribuido a la epidemia de gripe A; mueren 410 mujeres; 87 por aborto (108) En el 2010 es de 4,4, mueren 331 mujeres; 68 por abortos (109) en el 2011, 4, mueren 321 mujeres, 73 por abortos (110) en el 2012, 3,5, mueren 258 mujeres; 33 por abortos (111) en el 2013, 3,2, mueren 245 mujeres; 50 por abortos (112) y en el 2014, 3,7, mueren 290 mujeres, 43 por abortos.

Estas frías estadísticas, dejan afuera a otro grupo importante, porque por cada mujer que muere hay muchas más que sufren complicaciones y discapacidad, difíciles de sobrellevar.

ONU (2006), (113) indica que el 29% de las muertes maternas en el país se deben a problemas por interrupción del embarazo y que las adolescentes, son las víctimas, en su mayoría.

No puede atribuirse a falta de recursos. Según los expertos, en Argentina faltan políticas de prevención, educación sexual, acceso a los anticonceptivos, calidad de atención y capacidad

resolutiva para atender a las mujeres en la emergencia y pos-aborto. No hay seguimiento de la cadena de eventos que llevan a la muerte a las mujeres en procesos reproductivos. (114)

Un alto porcentaje de partos, termina en cesárea, esto habla de la inadecuada capacidad resolutiva y de la baja calidad de atención de los servicios para tratarlas. Desde 1985, OMS considera que la tasa ideal de cesáreas se encuentra entre el 10% y 15%. Nuevos estudios, (115) indican que cuando la tasa se acerca al 10%, disminuyen las muertes maternas.

Desde hace más de 25 años, OMS recomienda a las instituciones donde se realicen partos, cumplan con las Condiciones Obstétricas Neonatales Esenciales (CONE) para asegurar atención oportuna y adecuada en las emergencias obstétricas. Argentina elabora las Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Maternidad (2003) (116) que exigen este cumplimiento, sin embargo seis de cada diez maternidades no cumplen con los requisitos de las CONE. Estos déficits explican el nivel inaceptable de MM.

El Plan Federal de Salud 2004-2007 (117) compromete metas en relación con la MM. Para entonces la MM gira en torno a las 4 muertes por 10.000 NV. La meta para el 2007, está fijada en 3,7 por 10.000 NV, comprometiéndose los referentes provinciales a cumplirla; sin embargo sus valores treparon a 4,4 por 10.000 NV en el 2008; cifra idéntica al 2003.

El comportamiento de la MM es descendente, aunque con oscilaciones. De 7 muertes por cada 10.000 NV (1980) llega a 3,5 en el 2000, para luego mantenerse en valores nunca inferiores a 3 hasta el presente. Esto contrasta con el informe sobre Desarrollo Humano 2010, (118) que indica que Argentina y Chile son los países que tienen el más alto índice de la región, por sus avances al elevar el gasto público y desarrollar políticas sociales focalizadas; sin embargo, Argentina sigue complicada; porque la MMI no disminuye lo suficiente, para provocar verdadero impacto.

De acuerdo con la opinión de los expertos los principales determinantes son:

- ▶ **Desigualdad de género:** patrones de subordinación y violencia hacia la mujer.
- ▶ **Desconocimiento y violación de derechos sexuales y reproductivos,** en las mujeres
- ▶ **Ausencia de control y cumplimiento de las leyes nacionales y provinciales**
- ▶ **Pobreza y marginalidad social:** que afecta la salud de la mujer gestante
- ▶ **Sistema de salud y calidad de la atención,** discontinuos
- ▶ **Escaso uso de intervenciones perinatales** para reducir morbi-mortalidad materna.

Resulta importante incluir como determinante: (119)

- ▶ **Desatención de educación en salud sobre auto cuidado, derechos humanos y educación sexual,** en los servicios, en currículas escolares y carreras universitarias

El Ministerio de Salud de la Nación Argentina, lleva adelante desde 2009 el “**Plan para la Reducción de la Mortalidad Infantil, Materna, de la Mujer y de las Adolescentes**”. (120).

Adhieren a la iniciativa desde el comienzo, entre otras, **Santiago del Estero**, por ser provincia con mayor desigualdad social y de salud. Su objetivo es disminuir para el 2011 la MI a menos de 10 y la Materna a menos de 3,3 buscando detectar las principales causas de muertes.

Como continuidad al Plan Federal 2004-2007, aparece el Plan Federal de Salud 2010-2016 (121) con objetivos y prioridades de salud para el país y las estrategias necesarias para llevarlo a cabo. Entre las metas principales, están la disminución de la MM y MI.

A nivel nacional, el monitoreo de los ODM es responsabilidad de la **Comisión Interinstitucional de Seguimiento de los ODM**. En el 2005, se instala un proceso de esta iniciativa en las provincias, forjando alianzas territoriales, para redactar los avances de informes (2004-2005-2007-2009-2010-2011-2012-2015) que luego se presentan a ONU.

En relación al cumplimiento del **ODM 6 MM** (para nuestro país), si bien se producen informes desde 2003, la autora analiza los posteriores al 2008 que es de interés para este estudio.

El informe país Argentina 2009 (122) **2010** (123); **2015** (124) y **”Logros y obstáculos en su cumplimiento. Argentina 2000-2010”** (125) indican que la tasa de MM es estable, con ciertas fluctuaciones y que el embarazo adolescente, pone en riesgo la vida del RN. Destacan que el aborto ilegal, se agrava en los sectores pobres, por las precarias condiciones en las que se lo practica. Se avanza en la promoción de la “Consejería” en los servicios de salud pública, para garantizar el derecho de las mujeres a ejercer su autonomía a través del acceso a la información y anticoncepción, brindando asistencia técnica y capacitación a los equipos de salud para, evitar diagnósticos errados; mientras que los **informes país 2011 y 2012** (126) (127), están destinados a las universidades nacionales. También se producen informes técnicos e Informes Provinciales.

Una estrategia adoptada para reducir la MM es el **Fortalecimiento de la estructura de APS**

- ▶ En el **Primer Nivel de Atención**: Garantizar a las mujeres el acceso a los servicios de salud de calidad, insumos e información sobre anticoncepción, con atención igualitaria
- ▶ En el **Segundo y Tercer Nivel de Atención**, además de lo anterior; implementar las Maternidades Seguras y garantizar el cumplimiento de las CONE. Desarrollar el sistema de derivaciones de Referencia y Contra-referencia y un sistema de vigilancia para información a los Comités de análisis de muertes y monitoreo centinela.

Argentina, tiene una vasta infraestructura, buenos profesionales e insumos suficientes, para brindar salud de calidad. Gasta más en salud por habitante que Chile y Uruguay, que obtienen mejores resultados (128) Gasta el 10,2 %, del Producto Bruto Interno (PIB), que está por encima del promedio de América Latina y esto no se traduce en la disminución de la MMI (129)

Si bien el Coeficiente de Gini, según datos del BM (2011) muestra para Argentina una reducción desde 2008 a 2010 (0,463; 0,461; 0,445), Al 2014 se ubica para Argentina en 0,39 donde 0 expresa el máximo nivel de igualdad y 1 el máximo de inequidad (130) Argentina, tiene múltiples programas, pero no tiene, una política firme de salud continua, eficiente y de envergadura para reducir la MM. Esto tiene que ver con una apatía histórica. Nadie se preocupa demasiado por las mujeres fallecidas durante el proceso reproductivo

A pesar de las acciones ejecutadas hasta el 2015, el objetivo relacionado con la MM no pudo cumplirse.

Describir la **Mortalidad Infantil en Argentina**, nos remite a la infancia desde la emancipación; a más de 200 años de historia, que albergan muchas generaciones y que cada una puso en escena más de un modo de comprender, mirar, transcurrir y vivir la niñez. Construir una mirada de la infancia en la Argentina, es como una especie de ventana para pensar en una problemática común a América Latina y el Caribe y porque no, del mundo entero.

Son las diversas culturas, desigualdades sociales, modos y saberes; políticas y prácticas institucionales, que a lo largo del tiempo dejan huellas inevitables en los niños/as de todo el mundo.

Los inmigrantes con sus niños, llegan a la Argentina en el siglo XIX, para incorporarse a las actividades productivas; y los niños lo hacen desde muy temprana edad y al mismo tiempo al sistema escolar; mostrando de ese modo la integración de las familias a la cultura local. Muchos de nuestros niños/as, en lugar de integrarse, fueron institucionalizados, allí aprendieron a despedirse de sus orígenes, para buscar otros lazos y abrirse camino en soledad (131)

En la Argentina viven 40.117.096 habitantes. El 30,7%, (12.333.747) son niños/as y adolescentes menores de 17 años y 3.337.652 menores de cinco años (132). Muchos forman bolsones de exclusión social, siendo un factor determinante para el desarrollo futuro.

La situación de la niñez y la adolescencia en Argentina puede analizarse sobre la base de las brechas de inequidad entre la realidad actual y el cumplimiento pleno de la CDN; compromiso asumido por el país, en que considera a todos los niños/as y adolescentes sujetos de derecho; documento ratificado por el Congreso de la Nación Argentina (Ley 23.849/90) e incorporado a la Constitución en 1994; a los ODM suscripto en el 2003 y en la sanción la ley de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (Ley 26.061/05).

UNICEF, comprometida con la infancia, se instala en Argentina en 1985. Provee al estado nacional y provinciales, y a organizaciones de la sociedad civil, asistencia técnico-financiera en diferentes áreas vinculadas al bienestar de la infancia y adolescencia. Vela por los art. 7º y 8º de la CDN, donde se reconoce el derecho a la identidad de los niños/as y establece que los Estados partes deben comprometerse a respetar ese derecho y preservar su identidad. En su art. 4º los obliga, a tomar medidas legislativas y administrativas para que ese derecho se haga efectivo (133).

Nuestro país, dio un salto significativo con la promulgación de la Ley Nacional Nº 26061/05 "**Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes**" que reemplaza a la ley 10.903/19 (Patronato de Menores) o "Ley Agote", primera ley de minoridad en América Latina y la ley 22.803/83 (Régimen Penal de la Minoridad). Reconoce y garantiza el ejercicio efectivo y permanente de aquellos reconocidos en el ordenamiento jurídico nacional y en los tratados internacionales en los que la Nación es parte.

UNICEF, en base a datos de la DEIS (2010), indica que nacen en el país más de 750.000 niños/as al año y fallecen 9.861 en el primer año de vida. Esto representa que de 1.000 niños/as que nacen, 11 o 12 fallecen en el primer año, la mayoría en el primer mes y sobre todo en la primera semana, lo cual muestra la enorme gravedad de la situación. Las desigualdades entre provincias, ocultan situaciones de profunda inequidad que tienen que ver con el contexto social.

Las principales causas de muertes infantiles son las infecciones respiratorias, que constituyen el 60% de las consultas de menores de dos años, de las cuales el Síndrome Bronquial Obstructivo (SBO) llega al 30% en algunas épocas del año. El 60% de menores de un año y 50% de menores de 5 años, padecen al menos un episodio de infección respiratoria aguda (IRA) en el año, entre las cuales se encuentra el SBO y las neumonías. (134) Las enfermedades diarreicas agudas (EDA) e infecciones intestinales, es superior en las provincias del norte, ya que las condiciones de vida, las deficiencias nutricionales, el hacinamiento, las elevadas temperaturas estivales, la carencia de agua potable, crean un círculo vicioso.

En el 2008, Argentina presenta el Plan de Acción por los derechos de niñas/os y adolescentes (135) con enfoque territorial, para disminuir las brechas regionales sobre MMI, universalizar y garantizar diez años de escolaridad obligatoria, mejorar la distribución del ingreso familiar, garantizar la vivienda, agua potable, extender las redes cloacales, mejorar la nutrición de niños/as y adolescentes y consolidar los sistemas de protección de derechos.

Con este plan da cumplimiento al compromiso asumido con la ONU en el 2002; de renovar, mirando al futuro los derechos de la niñez, donde la voluntad de los Estados queda plasmada en el documento **“Un mundo apropiado para los niños y las niñas”** (136)

El informe de UNICEF, muestra las desigualdades al interior de las ciudades y su impacto en la vida y ejercicio de los derechos de los niños y adolescentes. En promedio, el 16,6% de la población argentina, vive en viviendas deficitarias, ranchos, casillas, casas con piso de tierra, sin agua dentro de ella y sin inodoro con descarga de agua. (**Santiago del Estero, con el 46,7%**) (137)

Al hacer referencia al primer ODM **“Erradicación de la pobreza extrema y el hambre”**, resulta apropiado resaltar que el país produce alimentos para más de 400 millones de personas, pero en más del 50% de las provincias argentinas hay niños/as desnutridos

En función de estos precedentes surge el programa **“Nutrición 10. Hambre Cero”**, (mayo 2011) cuyo gestor es el Ing. Agr. Ricardo Hara, quien se basó en el programa Hambre 0 de Brasil. Cuenta con más de 2.000 organizaciones públicas y privadas, que han generado un espacio común para articular, implementar y difundir acciones y conocimientos vinculados a la nutrición en todo el país. Este programa es una propuesta innovadora que debe ser tomada como política de Estado, para trabajar en red, con los centros de APS, centros de prevención de la desnutrición, comedores escolares y comunitarios, articulando esfuerzos públicos y privados.

El informe 2011, del Programa Mundial de Alimentos (PMA)-ONU, indica que Argentina tiene uno de los niveles más bajos de desnutrición, (menos del 5%) y puede llegar a tener Hambre Cero en el 2020. Para esto hace falta políticas de salud activas y no más alimentos, un gran encuentro público-privado, para mejorar distribución de los alimentos. (138).

La historia de los Programas Alimentarios en Argentina, datan de inicios del siglo XX, cuyo origen es: mejorar la salud y alimentación de los "niños débiles", con menor rendimiento y mayor ausentismo escolar, conocidos como comedores escolares o programas materno-infantiles.

El PLAN ALIMENTARIO NACIONAL (PAN) (139) Está destinado a familias con niños menores de 14 años, mujeres embarazadas, desnutridos, discapacitados y adultos mayores que viven en condiciones socialmente desfavorables y con vulnerabilidad nutricional y promueve:

- Asistencia alimentaria a familias en situación de vulnerabilidad social.
- Incentivo a la autoproducción de alimentos en las familias y redes prestacionales.
- Asistencia a comedores escolares
- Asistencia a huertas y granjas familiares
- Atención a la embarazada y al niño sano
- Fortalecimiento de la gestión descentralizada de fondo

Asistencia Alimentaria y Nutricional directa: (Abordaje federal y focalizados)	Distribución de Módulos de alimentos o tickets a las familias, desnutridos y otros grupos de riesgo mediante financiamiento a las provincias desde el Ministerio de Desarrollo Social
Comedores Sociales, Infantiles y Comunitarios	Raciones diarias para brindar almuerzos, desayunos, meriendas, y/o cenas, mediante financiamiento del Ministerio de Educación y el Ministerio de Desarrollo Social
Autoproducción de alimentos	Distribución de insumos, capacitación y apoyo técnico a huertas y granjas entre otros, mediante recursos del Pro-Huerta y el Ministerio de Desarrollo Social
Mejoramiento de los Servicios Alimentarios de comedores escolares	Mediante fondos pertenecientes al Ministerio de Educación y el Ministerio de Desarrollo Social
Cuidado de la embarazada y el niño sano	Prevención, entrega de leche hasta los 2 años y leche fortificada a través del Plan Materno Infantil

Estudios realizados en Argentina, revelan que una forma de desnutrición, es el déficit de peso y talla (desnutrición aguda), la más cruel, y de curso corto, que se acompaña de pobreza extrema, y que afecta a 55.000 niños menores de cinco años y la región más vulnerable es el Norte. Por cada niño con desnutrición aguda, está la desnutrición crónica que afecta entre el 8 y 10% de la población de menores de seis años, niños con privaciones de todo tipo, siempre acompañada de deficiencias de nutrientes que aumentan el riesgo de enfermedades y limitan sus potencialidades.

El principal órgano no gubernamental que se ocupa de la desnutrición infantil en Argentina es la Cooperadora para la Nutrición Infantil, (**Fundación CONIN**) fundada por el Dr. Abel Albino en la Ciudad de Mendoza (Argentina) en 1993, buscando quebrar con la desnutrición infantil en esa provincia para luego extenderse al resto del país y a América Latina.

El “Mañana” es una promesa que se hace constantemente, pero parece no llegar nunca. La meta final 2015 propuesta por Argentina cuyo indicador de MI es de 8.5 y en menores de 5 años es de 9.9 por 1000 NV, todavía no pudo ser alcanzada.

Será en el 2030 posible alcanzar esta meta, para crear un mundo más apropiado para la infancia?

Reflexionar sobre la **MM en Santiago del Estero** es pensar en una provincia caracterizada como provincia pobre (140) Tiene una población de 874.006 habitantes, (censo 2010). Su densidad es de 6,4 hab/Km2,). La tasa media anual de crecimiento de la población es de 9,3% (2001-2010) Cuenta con 27 departamentos. Los departamentos Capital y Banda, concentran casi el 47% de la población; mientras que todo el interior (25 departamentos), el 53%. Su población es dispersa, algunos departamentos Moreno y Copo, tienen muy baja densidad de población, (Anexo pag 148) con similar superficie En los departamentos Atamisqui, Copo, Figueroa, Pellegrini y Quebrachos; 82 de cada 100 familias son pobres. Es la segunda provincia con menor desarrollo humano (141).

La explotación forestal es la actividad principal, seguida de la agricultura y ganadería. Su base productiva es: cultivos fruti-hortícolas como sandía, melón, cebolla, batata, tomate, zapallo y lechuga. Hay cultivos de algodón, alfalfa, trigo, maíz, sorgo, pastura. El ganado más abundante es el caprino. En producción minera está la cal, yeso, granito, sal, manganeso y mármol.

Las condiciones de necesidad de los pobres estructurales de Santiago del Estero, afectan el acceso a los servicios básicos y de salud; viven alejados de los centros urbanos, (Anexo pag 149-151) en viviendas precarias, tipo rancho, con ingresos familiares escasos.

Orestes Di Lullo (142) caracteriza al rancho santiagueño como: **“cuatro horcones de quebracho colorado, techo de tirantes y soleras de quebracho blanco, con ramas de jarilla que se cubren con tierra y unas paredes de quincha”**. En este armado incluye la enramada, el alero, el horno de barro, el granero o troja, el árbol para las gallinas, la reserva de leña, el huerto, el corral y las dependencias necesarias alrededor del patio (Anexo pag. 152)

Las mujeres rurales pobres viven en permanente tensión, entre asegurar su subsistencia y ser madres. Cumplen tanto el rol productivo como reproductivo, tareas no remuneradas, no percibidas ni contabilizadas social y económicamente como trabajo, ni siquiera por las propias mujeres, encontrándose subordinadas a la maternidad y a los hombres. No existe para ellas la toma de decisiones en relación a la sexualidad y el acceso a los servicios de salud de calidad (143) Las distancias, los malos caminos, las carencias de medios de transporte, problemas económicos y culturales que representan el traslado a un centro urbano, y la pérdida de tiempo para la generación de ingresos, hacen que muchas veces limiten su uso y recurran al curandero o a la partera empírica para solucionar sus problemas de salud. (144)

Según el informe de OPS, (145) sobre la base de datos del Censo 2010 revela que en seis provincias argentinas más del 58% de la población no cuenta con ningún tipo de cobertura médica., entre ellas **Santiago del Estero, con el 64%**.

Las mujeres del campo santiagueño, en general tienen sus embarazos, deseados o no, en edades tempranas y tienen su segundo hijo antes de los 24 meses siguientes, dando como resultado intervalos cortos entre nacimientos. Los embarazos adolescentes no son la excepción.

Para estas embarazadas, concurrir al control prenatal, cumplir con sus exigencias, es casi una ilusión. Los servicios de salud rurales son inequitativos, ineficientes, carentes de adecuado

personal, medicamentos y equipos (146). Cuando acceden a ellos, suelen hacerlo en estado crítico y de difícil recuperación, lo que forma una barrera infranqueable para salvar sus vidas.

El Sistema de Salud, está ordenado territorialmente en 12 "Zonas Sanitarias". 10 corresponden al interior, cada una está a cargo de un Hospital Zonal y de él dependen los Hospitales Distritales, de Tránsito y Puestos Sanitarios y 2 urbanas (11 y 12). (Anexo, pag. 153).

Durante la emergencia Social, Económica y Sanitaria (2002), Nación implementa el Programa REMEDIAR; hoy denominado Remediar + Redes, la provincia lo incorpora en el 2004 y efectiviza en el 2005; cuyo propósito es fortalecer el funcionamiento en red de los servicios de salud pública en el marco de la Reforma de APS y Política Nacional de Medicamentos.

Con la oficialización del Comité Provincial de MM (2002) profesionales del área MI, de la Universidad Nacional de Santiago del Estero, (UNSE), comprometidos con la salud materna provincial, comienza a trabajar en 2003, en una investigación "Morbilidad Materna Severa y MM en Santiago del Estero. Un análisis de la situación provincial" (147) Esta investigación permite detectar el sub-registro, mostrando que muchas mueren siendo adolescentes por abortos ilegales.

Para focalizar y reforzar las estrategias de intervención en el área Materno Infantil, el gobierno nacional crea dentro del marco del Plan Federal de Salud (2004) el PLAN NACER ARGENTINA, luego PLAN NACER (148) Es un seguro público de salud orientado a asistir a embarazadas, y niños/as menores de 6 años que no posean cobertura de salud Se pone en marcha, primero en las regiones NOA y nordeste argentino (NEA) por ser las zonas con indicadores de MMI más desfavorables. Se implementa por Convenio Nación-Provincia (2005), cuyo objetivo es: Disminuir la MMI; fortalecer la red pública de APS; incrementar la cobertura sanitaria, favorecer el acceso a los servicios de salud y promover la participación social.

Este plan hoy, (PLAN SUMAR) cuenta con 296 efectores que se responsabilizan de la salud de su población. A partir de 2011, incorpora un seguro social gratuito, a niños/as y adolescentes hasta 19 años y mujeres de 20 a 64 años que no tienen cobertura de salud.

El Plan Nacer, incorpora (2011) el Plan de Salvaguarda Indígena. La experiencia de trabajo con los 6 Pueblos Originarios de Santiago del Estero (Diaguitas, Cacán, Sanavirón, Guaycurú Vilelas, Lules Vilelas y Tonokotés) se refleja en la ejecución de acciones para garantizar el acceso a la salud de calidad, sin discriminaciones, formando agentes de salud de su comunidad.

En 2010-11 el Plan Nacer Nacional, lleva adelante una evaluación de impacto a cinco años de su implementación en las regiones NOA y NEA para medir los resultados de las políticas públicas de alto impacto social; conocer la atención a los beneficiarios/as, los cambios y la efectividad en la salud de la población y en sus establecimientos. El plenario, señala la necesidad de empoderar a la comunidad, sensibilizar al equipo de salud sobre la importancia de los registros y su unificación, la utilización del fichero cronológico y el sistema de referencia y contra-referencia.

La provincia adhiere al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR; 2002) en el 2005 (Ley 6.579/05). Este se articula con el Nacional utilizando las guías nacionales, porque carece de normas propias. Su implementación, origina la incorporación del

profesional obstétrico para fortalecer las actividades del programa, capacitar e informar a los/as usuarios/as en derechos sexuales y reproductivos.

Al 2015 la cobertura alcanza a hospitales centrales, zonales, distritales, y a todos los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de capital e interior. Este programa tiene sus altibajos cuando nación, corta los suministros (2008) y la provincia no se hace cargo. Las consecuencias se reflejan en el aumento de la MM en general y por abortos inseguros en particular (149) El informe 2011 (150), concluye que hubo mejoras pero, aún existen barreras para su acceso.

En el 2003 se registran 23 muertes maternas por causas obstétricas directa y/o indirecta. La DEIS registra, solo 5. Este abrupto ascenso en la tendencia, no concuerda con lo constatado por historias clínicas, donde además el sub-registro es del 65%. En el 2004 se registran 21 muertes. Si bien el descenso no es significativo, también desciende el sub-registro un 5%. En el 2005 se registran 12, facilitado por la mejor aplicación del PSSyPR; que produce un descenso, respecto a años anteriores. En el 2006: 14 donde se muestra un leve ascenso; (151) en 2007, vuelve a descender a 10 y en el 2008, fallecen a 16 mujeres, (según revisión de historias clínicas hospitalarias). Para entonces, la DEIS; solo informa 14 muertes maternas (152)

El Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Infantil, Materna, de la Mujer y del Adolescente 2009-2011, ya citado, fue respaldado por las 24 provincias. **Santiago del Estero**, firma convenio con Nación en 2009, y prevé para el final de 2011 una tasa de MM 4,5 por 1.000 NV y así contribuir a la reducción de la media nacional y cerrar brechas entre provincias y al interior de las mismas, ya que al 2008 la tasa es de 7,9 por 1.000 NV.

Desde entonces, se llevan a cabo entre otras acciones: la regionalización de la atención perinatal concentrando los nacimientos en maternidades seguras, organizando los traslados de urgencia, incorporando recurso humano y detectando las causas de muertes, para actuar sobre ellas, asegurando provisión de insumos, fortaleciendo las consejerías obligatorias post evento obstétrico y post-aborto, capacitando en toma del Papanicolau (PAP), fortaleciendo los laboratorios de citología y creando el Programa Provincial de Salud Integral en la Adolescencia

Para ello, el Hospital Independencia de capital, habilita un servicio de Salud Integral para adolescentes. El Centro Provincial de Salud Infantil (CESPI) asiste a adolescentes hasta los 12 años, mientras que el Hospital Independencia a los que superen esa edad. Trabajan con otros servicios que atienden a adolescentes, sectores, comunidad y con los diferentes poderes

Es claro que no basta la generación de políticas específicas, es necesario crear fuentes de trabajo, reducir la pobreza, mejorar el acceso a la educación, la vivienda, al agua segura, al saneamiento ambiental, mejorar los caminos, priorizar la atención de los grupos sociales más vulnerables para garantizarles sus derechos.

Es hoy una batalla estéril luchar por disminuir la MM en Santiago del Estero o morir demasiado joven por dar a luz?

Describir la **MI en Santiago del Estero**, nos lleva a ubicar en el imaginario social a aquellos que todo lo tienen y de los que nada tienen. No hace falta mirar más allá de nuestras fronteras para percibir la distancia que existe entre ambos. Los que más tienen gozan de una infancia feliz dentro del seno familiar, son sujetos de plenos derechos. Los otros, los que nada tienen se encuentran sumidos en la pobreza y dejan sus huellas en la calle, o detrás de los muros institucionales donde son rebautizados, pierden su autonomía y dignidad y deben despedirse de su entorno familiar. Más adelante deben abrirse paso para buscar, por fuera, más allá de la familia, otros lazos, otras leyendas, sin los cuales su mundo será pura repetición, por lo que de ninguna manera puede decirse que viven una infancia feliz. Muchos se reinsertarán en la sociedad, otros/as serán víctimas del hambre, violencia, delincuencia, o prostitución o simplemente morirán.

Para algunos la niñez, no es valorada socialmente pues el niño/a es considerado/a un adulto en miniatura, por lo que no se le reconocen necesidades diferentes a las de los adultos y muy pronto tiene que tener las mismas obligaciones que éstos.

Para muchos niños, la niñez, en **Santiago del Estero**, lejos de ser una etapa dedicada al juego y al crecimiento armónico en un entorno familiar y educativo adecuado, es una etapa que se encuentra amenazada. Existe una distancia abismal entre el reconocimiento formal de los derechos del niño/a y su implementación en términos de ciudadanía. En esta provincia, muchos chicos no tienen garantizadas las condiciones necesarias para un desarrollo integral, ya que el problema, aún no ha sido resuelto; se carece de información confiable acerca del número real de niñas/as en situaciones de riesgo social.

No todas las familias santiagueñas, tienen la misma visión del niño/a, hay diferencias marcadas por las tradiciones y costumbres en cada una de ellas. Sobresalen las relaciones familiares, el tipo de atención que reciben en cuanto a educación y crianza y el tiempo dedicado a ellos, la edad en que se les exige que asuman responsabilidades, las tareas que se les imponen, etc. Son muchos los niños/as santiagueños que sufren la injusticia de no tener una infancia feliz.

Se sabe que en un ambiente donde se respetan todos los derechos de la infancia y adolescencia, se configura un "entorno protector" que se concreta a nivel de la familia, la comunidad, municipio, provincia y estado nacional. La variedad de derechos contemplados en la CDN no implica supremacía de unos sobre otros. Todos son esenciales y complementarios entre sí: hay claras asociaciones entre el derecho a la identidad y el ejercicio de todos los otros derechos, entre el derecho a la salud y nutrición y el ejercicio del derecho a la educación.

La pobreza y la desigualdad y su relación son directas. Para muchos niños/as santiagueños, pasa el tiempo y pierden oportunidades de tener vivienda digna, escolaridad adecuada y servicios de salud de calidad. Es después de Formosa, Chaco y Salta la de mayor índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Los niveles de pobreza e indigencia superan la media regional. En el informe del segundo semestre 2010, el INDEC, órgano oficial indica que en el noroeste la tasa de pobreza es del 11,8%. De este sector del país, **Santiago del Estero** tiene niveles que alcanzan al 15,9% de su población.

La DEIS 2010 informa que la mayor tasa de MI en la región NOA es: Catamarca con: 15, 4, **Santiago del Estero 14** por 1.000 NV. Para el 2011 **Santiago del Estero** baja a 11,7; al 2012, 11,6, al 2013 11,5 (153), al 2014 10,9, superando la media nacional que es de 10,6 a pesar de las políticas sociales y de salud implementadas. La mortalidad infantil es un indicador central de la situación socioeconómica provincial.

Con la vigencia de la Ley 26061/05 que establece la gratuidad del primer Documento Nacional de Identidad (DNI) a todos los niños/as y adolescentes nacidos en el territorio nacional, disminuye el sub-registro que afecta a esta provincia e influye en las estadísticas.

Según la OMS, para solucionar el problema de la pobreza y el hambre, no es suficiente un plan con una buena cobertura técnica. Los programas exitosos se distinguen porque la comunidad está involucrada; identifica los problemas y moviliza los recursos para resolverlos.

Así lo entendió la Asociación Civil **“Haciendo caminos”**, cuya misión es mejorar la calidad de vida de niños/as y familias en riesgo socioeconómico para erradicar la desnutrición infantil y garantizar el acceso a la educación e inclusión laboral. Trabaja en colaboración con la Fundación CONIN y está auspiciada por empresas privadas que luchan por erradicar este flagelo que afecta al 48% de los niños/as santiagueños de 0 a 5 años. Esta asociación ha implementado Centros de prevención de desnutrición crónica y aguda y de promoción humana, basados en educación y asistencia nutricional, social y de estimulación temprana.

Su programa **“Santiago del Estero sin desnutrición”** se implementa en Añatuya en el 2009; en capital en el 2010 y en Monte Quemado en el 2011. Consiste en abrir distintos focos de atención, para mejorar las condiciones de vida de niños/as y familias en situaciones de riesgo. Los mayores problemas son: hacinamiento, violencia familiar, desnutrición y deserción escolar. Entrega leche, pero no provee comida, da a los niños tratamiento nutricional y estimulación temprana, para favorecer el desarrollo psicofísico a los menores de 5 años. Acompaña la educación de la madre en la promoción de hábitos saludables de salud, higiene y nutrición, para así rescatar el entorno en que viven, ya que busca una recuperación a largo plazo, de “un verdadero cambio”; sustentado sobre la base de la educación, como herramienta fundamental, como lo expresa la OMS.

El “Plan Nacional de Acción para la Reducción de la Morbi-Mortalidad Materno-Infantil, de la Mujer y del Adolescente 2009-2011” fija metas objetivas para ese período en relación a la reducción de la MM y la MI en sus dos componentes: neonatal y post-neonatal.

Las estrategias están centradas en la población de menores de 1 año y entre ellos los prematuros con un peso de nacimiento inferior a 2000 gramos, en función de su mayor riesgo.

El punto de partida es el acuerdo institucional entre gobierno-ministerio de salud provincial y el Ministerio de salud de la Nación, quienes suscriben un Acta-Acuerdo, quienes establecen metas, que son monitoreadas y evaluadas por Nación, con devolución a las autoridades con la expectativa de cambios en las políticas de salud, así como el estableciendo nuevas metas.

Santiago del Estero acordó en relación a:

MORTALIDAD INFANTIL:

- ▶ Reducir la MI de la provincia un 20% Alcanzar una tasa de 10 por 1.000 NV para fines de 2011.

MORTALIDAD INFANTIL: Neonatal y Post-neonatal.

- ▶ Regionalizar la atención perinatal, con concentración de nacimientos en maternidades seguras.
- ▶ Incorporar en una primera etapa 70 enfermeras para los servicios de neonatología
- ▶ Reorganizar los servicios hospitalarios para asegurar continuidad en la asistencia.
- ▶ Implementar estrategias de capacitación en servicios de neonatología.
- ▶ Capacitar a profesionales que asisten partos en recepción neonatal.
- ▶ Institucionalizar la referencia y contra-referencia.
- ▶ Organizar y/o fortalecer el Comité de Infecciones en las maternidades.
- ▶ Crear casas de tránsito y hogares intermedios.
- ▶ Articulación interministerial: salud-educación.

Haciendo un breve recorrido sobre su cumplimiento, se observa que al finalizar 2009 se realiza una reunión nación-provincia para acordar plazos y elaborar un Plan de trabajo; redefinir acciones intermedias para alcanzar las metas establecidas. En el 2011 y 2012 se evalúa el progreso del cumplimiento de las actividades MMI desarrolladas. Se firman convenios de colaboración con instituciones del medio para promover la salud infantil, el fortalecimiento de la estrategia de APS y de las Redes, impulsando la participación comunitaria.

El proceso de instalación de los ODM en las provincias impulsado por Nación se inicia en 2005, formalizado por un convenio entre el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Públicas (CNCPS) y los Gobiernos provinciales entendiéndose, que las provincias están en condiciones de realizar un procedimiento similar al seguido por Nación.

A partir de 2008 el CNCPS crea en el marco del proyecto ODM, con la colaboración del PNUD, un componente de apoyo a los municipios argentinos que estén interesados en elaborar planes de ODM a nivel local, lo cual deben establecer metas e indicadores a la realidad local; formular un plan de acción con presupuesto, establecer un sistema de monitoreo local para medir el avance de las metas y fortalecer la cooperación entre municipios, provincia y nación.

La mayoría de las provincias se han sumado a esta iniciativa, **Santiago del Estero** se encuentra entre ellas, presentando distintos grados de avances

Argentina, a través de un proceso interactivo de adaptación a los ODM, involucra al gobierno nacional, provinciales, local, sociedad civil, sistema universitario, sector privado y ciudadanía en general, considerándolos actores indispensables (154)

Santiago del Estero, avanza en el reconocimiento de los derechos de la niñez y adolescencia, y participa en la construcción de las condiciones para garantizar el ejercicio de una plena ciudadanía para ellos, a través de leyes y programas relacionados con la CDN.

Podrá Santiago del Estero hacer realidad para el 2030, el sueño de reducir la MI a menos de 10 por 1.000 nacidos vivos?

2.- ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE SALUD DE LOS HUÉRFANOS DE LA MORTALIDAD MATERNA

2.1.-Situación global: en el mundo, Latinoamérica, Argentina y Santiago del Estero

A lo largo de los años, se producen en el **mundo** fenómenos demográficos, económicos, sociales, ambientales e históricos que cambian las condiciones de vida de la población mundial y por lo tanto el ritmo de desarrollo de los niños/as.

Dependiendo del campo del conocimiento que se quiera analizar se habla de indicadores demográficos, económicos, sociales, de salud, ambientales, etc, El fin último de todos ellos, es un insumo para evaluar la cercanía o lejanía hacia las metas de bienestar de la población.

Las perspectivas demográficas incluyen a la población mundial la cual está determinada por el nacimiento, muerte y esperanza de vida al nacer como indicadores fundamentales, mientras que los sociales, por la vivienda, educación, ingresos, composición familiar, empleo, seguridad y asistencia social, condiciones de vida, y situación de la mujer entre otros. Los de salud, se reflejan en indicadores de mortalidad (con énfasis en la MI), morbilidad y esperanza de vida al nacer. En relación a la natalidad, además de los niveles de fecundidad se presentan los nacimientos de bajo peso al nacer o de madres en situación de riesgo; la cobertura y disponibilidad recursos en salud.

El 30 de octubre de 2011, con el nacimiento de una niña en Manila (Filipinas) la población mundial marcó un hito, llegó a los 7.000 millones de habitantes. Este hito va acompañado de éxitos, reveses y paradojas. La mujer tiene menos hijos que en la década del 60, pero sin embargo la población sigue aumentando, hay más jóvenes y más ancianos (155)

La forma en que se presenta la dinámica demográfica es muy dispar, existiendo grandes diferencias entre regiones. Las elevadas tasas de fecundidad en los países pobres perjudican el desarrollo y perpetúan la pobreza, en los más ricos, las bajas tasa de fecundidad y el poco volumen de personas que ingresan al mercado de trabajo producen inquietud.

El crecimiento poblacional se produce principalmente en los países en vías de desarrollo. En el Demographic Yearbook (Anuario Demográfico) (156) se encuentran cifras básicas **por región** que son actualizadas cada año. Las mismas varían en forma amplia, ya que dependen en gran medida de una variable impredecible: **El número de nacimientos**.

Los factores **demográficos y socioeconómicos** son los principales determinantes de la salud. A medida que la fecundidad disminuye, las poblaciones envejecen, hay más urbanización, y los perfiles epidemiológicos cambian, con una participación creciente de enfermedades no transmisibles, accidentes y otras causas externas en la carga de morbilidad. Los niveles de educación aumentan, e impactan en el uso de la atención de salud y en la situación global.

Los datos demográficos-socioeconómicos, analizados, proceden de países, de organismos como el BM, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y la ONU. Están basados en una combinación de registros administrativos, encuestas de población, censos, datos de los registros civiles y modelos estadísticos (157)

En las últimas décadas del siglo XX, el mundo experimenta avances que permiten mejorar la salud de la población. Sin embargo, al inicio del siglo XXI, se constata que existen problemas de salud que no han sido resueltos; las desigualdades se acentúan en los países en desarrollo. Todavía mueren millones de niños/as menores de 5 años a causas de enfermedades prevenibles y quedan cada año más de un millón de niños huérfanos de madre.

Cuando una mujer muere, el huérfano suele perder la protección familiar. La falta de recursos en el hogar cuidador para hacerse cargo de las necesidades y problemas que sufren los huérfanos los empobrece más (158) Cada minuto, tres niños/as se convierten en huérfanos. Muchos caen rápido en el hambre, la enfermedad y en comportamientos de alto riesgo (159). Un estudio (160) reconoce que los niños huérfanos y sus cuidadores, tienen mayor riesgo de experimentar eventos traumáticos, que indican la necesidad de recibir asistencia psicológica (161).

UNICEF y sus aliados mundiales definen a un huérfano como a un niño/a que ha perdido uno o ambos progenitores. Cuando la madre muere el hijo tiene tres a cinco diez veces más probabilidades de morir dentro de los dos años siguientes, comparado con aquellos que conservan ambos padres vivos. (162). La CDN, que orienta las labores de UNICEF, estipula que todos los niños/as huérfanos tienen derecho a crecer en un entorno familiar, conocer a sus familias y ser criados por ellas. Las familias que necesitan ayuda para poder criar a sus niños huérfanos tienen derecho a reclamarla y recibirla, para que no sientan que su crianza es una carga (163)

Atender sus necesidades en todas sus formas y en particular a la de los huérfanos de la MM en trance obstétrico, para velar por sus derechos, exige una estrategia integrada con apoyo económico permanente, dentro de un marco jurídico de protección social.

Si los huérfanos no cuentan con mecanismos de apoyo apropiados, experimentan un profundo sentimiento de pérdida, dolor, desesperanza, miedo y ansiedad. Al morir la madre, todo su universo se ve amenazado. Las consecuencias a largo plazo pueden incluir desórdenes psicosomáticos, depresión crónica, baja autoestima, bajos niveles de destrezas para la vida en general, discapacidad en el aprendizaje y comportamiento social perturbado y de alto riesgo. (164) Por esta razón es importante no separar a los hermanos; ello permite inculcarles sentido de continuidad, identidad y pertenencia, donde los abuelos tienen un rol fundamental.

La educación juega un papel vital, ya que les ofrece una oportunidad para su futuro y un estímulo para su desarrollo. Es necesario capacitar a los maestros para que reconozcan y respondan ante comportamientos de aislamiento, de disminución en el rendimiento escolar; de indisciplina y apoyarlos para lleven a cabo actividades de recreación, artísticas, culturales, deportivas que permitan a los huérfanos y vulnerables, se integren socialmente

Los organismos internacionales, los donantes, los gobiernos, la sociedad civil y el sector privado tienen la responsabilidad de la inclusión y protección jurídica de todos los huérfanos

“Las familias de los niños huérfanos de la MM en trance obstétrico, son familias olvidadas y esperan ayuda de las autoridades”

La desigualdad en **América Latina y el Caribe** es un rasgo histórico y estructural de varios países de la región. Cada uno de ellos tiene un patrón específico de desarrollo económico y social, lo que hace que en la región existan disparidades.

En el plano demográfico, de acuerdo con la base de datos: "*Distribución Espacial de la Población y Urbanización en América Latina y el Caribe*" (DEPUALC) del Centro Latinoamericano y Caribeño de demografía (CELADE), un 33% de la región presenta un bajo dinamismo demográfico durante 1950-2000. En Argentina, destacan a **Santiago del Estero** con un (0,94%). (165)

El 75% de las personas de la región viven en áreas urbanas. Se trata de la región en desarrollo más urbanizada del planeta, aunque marcada por la desigualdad social. La MM en procesos reproductivos es alta y deja millones de niños/as huérfanos. La baja alfabetización y el bajo gasto público en salud en la región, son determinantes y de gran relevancia. (166)

Al hacer referencia a los *aspectos socio-demográficos* de la región en relación a los indicadores fundamentales tomados por la autora en el análisis a nivel mundial; se afirma que el crecimiento de la población en la región se ha dado en el contexto del crecimiento económico y de reducción de la fecundidad, aun así, es todavía, la más desigual del mundo. (167)

El panorama demográfico de la región está cambiando, y lo va a ser más rápido en los próximos años. El envejecimiento de la población, aunque incipiente comparado con el de los países desarrollados, es una realidad que obliga a atender las necesidades de una población adulta mayor cada vez más numerosa. Este fenómeno responde a transformaciones económicas y sociales, y resulta de factores de la dinámica demográfica, de la mortalidad y fecundidad, lo que cambia su perfil demográfico. Los países más envejecidos son Cuba, Uruguay, Chile y **Argentina**.

Para ilustrar la rapidez de este proceso, basta observar que en el último medio siglo, la esperanza de vida promedio al nacer pasa de 50 a 70 años, y la tasa global de fecundidad disminuye a menos de la mitad, de seis hijos por mujer a menos de tres. (168)

Desde una perspectiva dinámica, la llegada de huérfanos a hogares que se hacen cargo de ellos, los torna más endeble, e implica cambios que, en la mayoría de los casos, se traducen en el deterioro de los ingresos familiares, poniendo en riesgo el bienestar de los huérfanos

En este breve recorrido por algunos aspectos de las condiciones en que viven las familias de huérfanos de la MM en trance obstétrico de la región permite construir un panorama, donde se manifiestan profundas inequidades y desigualdades sociales. Frente a este desafío, cada familia debe afrontar la búsqueda de los recursos para construirles un bienestar adecuado.

Al ratificar la CDN, cada país asume el compromiso de garantizar a cada niño/a el pleno cumplimiento de sus derechos. (169). A más de 20 años de la ratificación de la CDN, la realidad difiere mucho del panorama propuesto en ese articulado.

La familia es el entorno privilegiado de desarrollo del niño/a. El entramado de compromisos y afectos que sostienen al individuo cuando la familia funciona, no ha podido ser reemplazado por el trato calificado de profesionales especializados, no sólo por la diversidad de aspectos que se ponen en juego en ese momento de la vida, sino también por el valor social que la familia tiene

Ser huérfano y ser querido por la familia de origen sigue siendo un valor muy arraigado en la región. Ella tiene una dimensión económica, social, de transmisión cultural invaluable.

Son muchas veces, las abuelas que crían a los nietos, abuelas que viven en hogares multi-generacionales y que se preocupan sobre el bienestar de la familia, incluyendo los nietos/as. Las abuelas que crían nietos hacen más hincapié en relación con las rutinas de las actividades y el progreso escolar de sus nietos y no tanto el cuidado de su salud. La presión del tiempo y las interacciones difíciles con los nietos les producen tensión intrafamiliar, dificultando su estado de salud físico-emocional, de la cual no tienen recompensa ni apoyo familiar (170)

Las variaciones demográficas y socioeconómicas contribuyen a largo plazo a cambiar los patrones de salud y enfermedad. La disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas, en la niñez, mejora la esperanza de vida. En casi todos los países de la región, cada vez es más importante las enfermedades crónicas y degenerativas. A medida que disminuye la fecundidad aumenta la población mayor de 65 años y con ella la carga de enfermedades no transmisibles.

La información disponible permite concluir que, al igual que en otros ámbitos del desarrollo social de la región, las desigualdades económicas y sociales, sumadas a los daños derivados del hambre son una afrenta hiriente a los derechos humanos, sobre todo en los huérfanos, teniendo un efecto negativo sobre el desarrollo físico y cognitivo y es uno de los factores fundamentales de transmisión inter-generacional de la pobreza y la desigualdad.

Diversos informes señalan que a nivel regional, uno de cada seis niños menores de 5 años no tiene acta de nacimiento, en tanto que a nivel mundial, según UNICEF, el 41% de la población infantil, no es registrada al nacer. Ellos están expuestos por diferentes razones a ser niños/as invisibles. El analfabetismo y la falta de conciencia de los progenitores sobre la importancia del registro de nacimiento, es un factor negativo. En algunos casos, la familia no le encuentra utilidad hasta que van a inscribirlos en la escuela, o cuando quieren beneficiarse con programas sociales, o seguro de salud. Para contrarrestar este vacío, se debe establecer un registro de nacimiento “gratuito, universal y oportuno”, como tiene Argentina.

Es común que cuando una madre fallece, sobre todo durante el proceso reproductivo, el cónyuge o pareja deja a los huérfanos a expensas de quienes los quieran cuidar para él volver a formar otra pareja. Esto conspira contra la salud mental de los huérfanos menores, ya que para estructurar la personalidad, necesitan la figura paterna/materna, y la carencia de uno de ellos o ambos genera un vacío enorme y problemas no fáciles de solucionar. *El* niño comienza a generar “**fobias**” en especial hacia la escuela y conductas regresivas como chuparse los dedos, orinarse en la cama, terrores nocturnos, bajo rendimiento escolar, hiperactividad o conductas agresivas hacia sus compañeros, hacia los docentes o hacia su propia familia (171) (172),

Los niños representan el futuro, su crecimiento y desarrollo saludable deben ser una prioridad para todas las sociedades. ¿Podrá América Latina y el Caribe concretar estas prioridades al 2030?

En **Argentina**, en relación a la situación socio-demográfica y de salud, se advierte que el gobierno, no ha implementado una política de población sostenida, sólo planes instrumentales, que según el gobierno de turno, le dio mayor o menor importancia a los asuntos demográficos.

Según el Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2010, en Argentina, viven 40.117.096 habitantes. La densidad media es de 10,7 hab/km². Es un país con baja densidad de población, concentradas en *el Gran Buenos Aires* (31,9%), mayoritariamente urbana y Región Pampeana (34,4%); con elevada proporción de personas mayores de 60 años y de 65 y más. Tiene altas tasas de esperanza de vida (75,7 años) y alfabetización (98,1%), con una tasa de crecimiento poblacional total de 1.017% (2011). Registra índices socio-laborales diversificados. Según datos oficiales (2013) el 3,7% de los hogares se encuentran en situación de pobreza y el 1,5% de los hogares en situación de indigencia, datos que no coinciden con los expresados por consultoras privadas e instituciones no gubernamentales que se dedican a estudiar el tema

La actual población argentina es resultado del mestizaje entre inmigrantes europeos, nativos, asiáticos, entre otros. La Argentina debido a las corrientes migratorias es considerada “país de inmigración” que recibe a lo largo del tiempo desde el continente europeo: españoles, italianos, alemanes y polacos. En la actualidad, recibe inmigrantes asiáticos (Corea del Norte, Corea del Sur y China) y latinoamericanos, provenientes de Paraguay, Bolivia y Perú.

Las variables demográficas no son homogéneas entre regiones. La ciudad de Buenos Aires, es la más envejecida, con una conformación demográfica similar a la de los países europeos. Las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, Santa Fe, Mendoza y La Pampa, presentan variables demográficas concordantes con la media nacional.

Las provincias del NOA y NEA mantienen tasas de natalidad por sobre el promedio nacional, pero con una fuerte emigración hacia centros urbanos. Las provincias de la Patagonia crecen entre 2001-2010. La Provincia de Santa Cruz la población ha aumentado en un 38,4%. Según el INDEC, el crecimiento poblacional de esta región no se debe a un aumento de la fecundidad, sino al proceso migratorio en busca de mejores condiciones laborales.

En la región, Argentina, Chile, Cuba y Uruguay, integran el grupo de países con transición demográfica avanzada, caracterizada por poblaciones con natalidad y mortalidad moderada o baja, lo que se traduce en un crecimiento natural bajo (1%); es además el tercer país más envejecido de América Latina después de Uruguay y Cuba.

La pirámide de población (2010), confirma la tendencia al aumento de la población adulta mayor y da cuenta de menores niveles de natalidad, reflejado en el achicamiento de la base (173)

Uno de los elementos importantes de la dinámica demográfica argentina y sus tendencias hacia el próximo siglo, es el descenso de la fecundidad que da paso a una reducción en el crecimiento poblacional. Existe un núcleo de población vulnerable representado por los niños/as huérfanos de madre fallecidas en trance obstétrico, los de familias cuidadoras, la de los sectores rurales marginados y de comunidades de pueblos originarios (wichis, tobas y mbyá guaraníes), donde el cumplimiento de los derechos del niño es un tema olvidado por el gobierno.

La orfandad es una limitación para el pleno ejercicio de los derechos de los niños/as, la afectación de uno de ellos repercute en el ejercicio de los otros. La cultura, los conocimientos y las prácticas propias de la sociedad son facilitadores o limitantes de tal ejercicio.

En el país no existen estadísticas oficiales, sobre la cantidad exacta de huérfanos de la MM en general y menos de la MM en trance obstétrico, lo que sí se sabe, es que existe un enorme vacío estadístico y falta de programas relacionados con el desarrollo de las aptitudes de los huérfanos y de apoyo psicosocial, educativos, atención de salud integral y de apoyo económico a las familias cuidadoras de huérfanos en general y en particular de la MM en trance obstétrico.

En una aproximación al objeto de estudio que aquí se aborda relacionado con la situación socio-demográfica y de salud los huérfanos de la MM en trance obstétrico; los procesos de exclusión social, aparecen como significativos. Las principales dimensiones que afectan a estos huérfanos, son la pobreza, la falta de inscripción al nacimiento, al acceso a los servicios de salud de calidad, a la educación, al saneamiento ambiental y a la adecuada nutrición, etc.

Los huérfanos de la MM en procesos reproductivos, se encuentran allí, a veces, en el entorno familiar, cuya capacidad económica es reducida, que ponen en peligro su salud, sus derechos, su bienestar y a veces su supervivencia. Otros se encuentran en familias acogedoras o en instituciones; otros esperan la adopción. Ellos sufren privaciones que se muestran como una constelación de causas vinculantes que se manifiestan, en primera instancia, en el marco de la socialización infantil en cuyo desarrollo se destaca la impronta familiar, donde los abuelos protegen a los nietos, participando en el ajuste social (174)

La información, sobre la magnitud de los problemas del desarrollo en la infancia, es variada en el país. La atención de problemas de desarrollo (175) como los sensoriales (auditivos, visuales); motores (parálisis, torpezas) de lenguaje, de retraso mental (coeficiente intelectual disminuido), con déficit de pensamiento lógico-formal y trastornos de la atención, etc., que deben ser atendidos en servicios especiales con enfoque bio-psico-social, con intervenciones tempranas de calidad y centrados en la familia, casi no existen en el sector público, menos en Santiago del Estero.

Está documentado que la mayoría de los huérfanos que viven con su progenitor o con familiares, tiene mejor crecimiento y desarrollo que los institucionalizados, por lo que no deben estar separados de su familia biológica.

De los 40.117.096 habitantes que hay en la República Argentina, 12.333.747 son niños/as y adolescentes que constituyen el 30,75% de la población; 14.675 son niños/as y adolescentes se halla sin cuidados parentales.

Sin duda, la escasa escolaridad de la madre, la inequidad, desigualdad y situación de precariedad opera segregando a los grupos más vulnerables con indicadores socio-económicos negativos, asociados a la falta de cuidados de los progenitores, poniendo en riesgo sus vidas (176)

El panorama es, de luces y sombras para las familias cuidadoras de huérfanos de la MM en trance obstétrico.

Al analizar los datos demográficos de la población de **Santiago del Estero**, se ha observado el lento y negativo crecimiento total de la población rural, en contraste con el de la población urbana. Es pertinente analizar si se debe a un descenso del crecimiento natural de la población rural, es decir, la diferencia entre fecundidad y mortalidad, o si el balance migratorio negativo de las áreas rurales influye en el decrecimiento de la población rural. La información disponible (Censo 2010) revela que las áreas rurales presentan tasas globales de fecundidad superiores a las urbanas. Poseen una natalidad alta que compensa los mayores índices de mortalidad y, tienen niveles de crecimiento vegetativo por encima del promedio nacional y urbano.

La tasa de natalidad en la provincia según datos de la DEIS-2010, es de 19,9 es más elevada que la media nacional. (18,7) Esto significa que existe gran cantidad de población joven. La tasa de mortalidad general alcanza al 6‰ y la MI al 14‰ NV. Los indicadores de esperanza de vida, y otros de condiciones de vida, resultan inferiores a los del total del país.

La intuición indica, que los hogares santiagueños, tienen diversas necesidades, de las cuales cada uno tiene un costo. Cuando hay gran cantidad de hijos, éstos compiten por obtener, de los limitados recursos de la familia: alimentos, ropa, salud y educación; quedando algunos de ellos rezagados. El aumento de los trabajadores informales complica la situación. El gasto en atención de la salud, educación y otros servicios, cuando hay muchos hijos, aumenta y la participación de los abuelos, en estos casos es muy importante para reducir los niveles de competencia social (177).

Cuando muere una madre en trance obstétrico, quedan un número importante de huérfanos. Ellos pasan a ser personajes anónimos en la historia social, problema casi invisible para la opinión pública, para el gobierno nacional, provincial y local, pero no para los familiares directos, que viven en contextos desfavorables. A pesar de ello, difícilmente, los den en adopción, sobre todo si son varones, por la propia idiosincrasia santiagueña, que busca retenerlos, para que contribuyan al ingreso familiar, desde la niñez o cuando sean adultos.

Las niñas y huérfanas santiagueñas rurales, suelen ser objeto de discriminación desde su infancia hasta la adolescencia, donde finalmente las familias las envían a la ciudad o a Capital Federal a la casa de algún familiar, o desde allí vienen por ellas, para empleos domésticos, con una independencia relativa, debiendo aportar económicamente al ingreso familiar.

Es común, retenerlas en el hogar para que ayuden a la familia, porque no reconocen el valor social de educar a las niñas. Cuando los recursos alimentarios son escasos, ellas y las madres suelen ser las últimas en alimentarse y ser consideradas en el seno del hogar, inferiores a los varones. Se les enseña a ponerse siempre en el último lugar, con lo que se menoscaba su confianza en sí mismas y su capacidad para alcanzar el pleno desarrollo como seres humanos.

Así a lo largo del tiempo, estas jóvenes con escasa escolaridad, casi siempre terminan embarazadas. Sus hijos son entregados a los padres o abuelos para su crianza, convirtiéndolas en familias numerosas que viven en condiciones adversas, sufriendo los niños carencias de todo tipo.

En muchos países, tanto desarrollados como en desarrollo, la situación de la niña en condición de orfandad, es injusta. La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, (Beijing; 1995),

identifica su persistente discriminación y la violación de sus derechos como una de las 12 esferas de especial preocupación que requieren la atención urgente de la comunidad internacional (178)

Cuando se impide que una niña asista a la escuela o cuando el cansancio derivado de la carga de trabajo hogareño le impide prestar atención a la clase, se le está negando su derecho a la educación. Cuando una niña lleva el peso de la responsabilidad en las tareas del hogar mientras su hermano estudia, juega o se dedica a sus pasatiempos, se la está discriminando.

De acuerdo al relevamiento realizado en **Santiago del Estero** (2012) por el Ministerio de Desarrollo Social y UNICEF, había 58 niños sin cuidados parentales; el 55% había sido institucionalizado por vía administrativa y el 45% por vía judicial. (179)

Una mirada a la realidad nos puede informar sobre el grado de acierto o de desacierto de lo que se está analizando, en particular sobre los aspectos de cómo influye en los menores de cinco años, la pérdida de su madre en trance obstétrico.

Es común que en **Santiago del Estero** la familia biológica se ocupe de los huérfanos, sobre todo de los menores de 5 años, constituyéndose en familia ampliada y numerosa. Ella sigue siendo un sistema de protección social complejo y robusto, que reacciona rápidamente ante la muerte de una madre en trance obstétrico, aunque se hunda más en la pobreza. De igual modo, que el marido/concubino se case o forme pareja con otra mujer o con una pariente de su difunta mujer, la cual, la nueva pareja está obligada a considerar a los hijos de la fallecida como suyos.

La realidad social en la que está inserto el niño huérfano santiagueño y su familia cuidadora, está representada casi siempre por los abuelos, (180) (181) que cumplen un papel importante, sobre todo en el área rural, a veces acompañados por vecinos y la comunidad.

Todos los huérfanos tienen necesidad de afecto, porque llevan sobre sí, historias familiares complicadas. Ellos y sus familias cuidadoras deben tener apoyo psicosocial que acompañen el doloroso proceso de la pérdida de la madre en trance obstétrico. En **Santiago del Estero**, hay cientos huérfanos que no se benefician con ello, quedan excluidos y son los más necesitados.

Si bien incumbe en primer lugar a las familias proteger a los huérfanos y vulnerables y ocuparse de ellos, son los gobiernos quienes deben proteger y garantizar el bienestar de la niñez para que no pierdan sus derechos y puedan crecer de manera segura y saludable.

Identificar a los huérfanos y niños/as vulnerables y recoger información básica sobre ellos, obteniendo estadísticas confiables, es un aspecto necesario antes de poner en marcha cualquier programa de apoyo material para cubrir necesidades físicas, sino también facilitar ayuda psicosocial al huérfano y familia cuidadora.

La creación de políticas activas destinadas a fortalecer a las familias vulnerables y cuidadoras de huérfanos y en especial a las familias cuidadoras de huérfanos de la MM en trance obstétrico, es el mejor camino para ayudar a la infancia para evitar la ruptura familiar.

Porque en Santiago del Estero, un huérfano de madre fallecida en trance obstétrico, tiene que escapar de la fatalidad para hacerse dueño de su destino

3.- LA RESILIENCIA

3.1- La resiliencia en los huérfanos y el las familias cuidadoras de huérfanos de la mortalidad materna en trance obstétrico

En psicología, el término resiliencia hace referencia a la capacidad de las personas para sobreponerse a períodos de dolor emocional y traumas. Cuando un sujeto o grupo es capaz de hacerlo, se dice que tiene una resiliencia adecuada, y puede resultar fortalecido por ello. La capacidad de resistencia se prueba en situaciones fuertes, tensas, estresantes, de ansiedad, traumáticas, tal como, la pérdida inesperada de la madre o de un ser querido, al maltrato o abuso psíquico o físico, al abandono afectivo, al fracaso, a las catástrofes y a la pobreza extrema.

Existe una amplia variedad de conceptos acerca de la resiliencia, sin embargo se puede conceptualizar como el resultado de la combinación y/o interacción entre los atributos del individuo (internos) y su ambiente familiar, social y cultural (externos) que lo posibilitan, para superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva.

De los conceptos elaborados por estudiosos en la materia acerca del significado de resiliencia, la autora selecciona la propuesta de María Angélica Kotliarenco e Irma Cáceres (2011) por considerar que es la que mejor se adapta a su estudio; en la que sostienen que **“La resiliencia es un proceso dinámico, constructivo, de origen interactivo, sociocultural que conduce a la optimización de los recursos humanos y permite sobreponerse a las situaciones adversas. Se manifiesta en distintos niveles del desarrollo, biológico, neurofisiológico y endocrino en respuesta a los estímulos ambientales”**. (182) (183) (184)

El camino que lleva a la resiliencia de los huérfanos y sus familias no es simple, ello implica para ambos, un considerable estrés y malestar emocional, a pesar del cual las personas sacan la fuerza necesaria, que les permite seguir con sus vidas frente la adversidad o la tragedia. Algunos sucumben ante el maltrato, rechazo o cuando no son atendidas sus necesidades básicas y evidencian desequilibrios y trastornos de su personalidad que pueden llegar a convertirlos en individuos resentidos, que crean una carga social a su familia cuidadora, difícil de sobrellevar, mientras otros desarrollan resiliencia y viven exitosamente a pesar de la adversidad.

Las personas resilientes poseen tres características principales:

- 1) aceptan la realidad tal cual es;
- 2) tienen la creencia en que la vida tiene sentido; y
- 3) tienen capacidad para mejorar.

Todos los seres humanos están todo el tiempo en situación de riesgo frente a las adversidades que modelan sus conductas. En este proceso de modificación se mezclan componentes genéticos, psicológicos, sociales, culturales y situacionales, que con el apoyo de familiares y personas queridas, son capaces de salir adelante; haciendo frente a la adversidad, superarla y salir fortalecidos e, incluso, transformarla

Frente a la muerte materna el niño/a que detecta la falta de su madre suele enfadarse, llorar, entristecerse, mostrar conductas de regresivas, de trasgresión y evasión; trastornos en la conducta alimentaria, ansiedad, angustia, estrés y déficit de atención, entre otros.

Elizabeth Kübler-Ross, médica psiquiatra, afirma en su libro: "Sobre la muerte y morir" que el niño/a ante la adversidad pasa por diversas fases:

- 1.- **Negación.** Según su edad, no quiere ver la realidad de que su madre ha muerto.
- 2.- **Rabia.** Se enoja, se reciente y siente envidia de los niños que tienen la madre viva.
- 3.- **Negociación.** Según su edad, no comprende, pero reconoce que algo le está faltando.
- 4.- **Depresión.** Está triste, silencioso, pasa mucho tiempo solo, no quiere jugar, no quiere que sus amiguitos vayan a su casa, llora, llama y extraña a su mamá
- 5.- **Aceptación.** La elaboración del duelo es un proceso más o menos largo, doloroso y de adaptación a la nueva situación. Pasado el tiempo se da cuenta que su mamá no va a regresar más y retoma su vida habitual.

No todos pasan por todas las fases. Pero lo que está claro es que para que la resiliencia pueda actuar es necesario llegar a la fase de aceptación. Y eso es lo que más le cuesta (185)

La bibliografía (186) indica que la terapia psicológica ayuda a rescatar poco a poco los recuerdos del trauma y permite que el cerebro lo integre de forma saludable, pero se debe descontar que esta forma de elaborar el duelo no está al alcance de los huérfanos y familiares pobres o de escasos recursos, mucho menos de los huérfanos santiagueños.

Elaborar el duelo significa ponerse en contacto con el vacío que deja la pérdida, (en este caso la madre) valorar su importancia, soportar el sufrimiento y la frustración que ello implica. La intensidad y duración del duelo depende del tipo de muerte, de las características de la relación con la persona perdida y de la edad.

La duración del duelo por la muerte de un ser muy querido como la madre, puede según los expertos, durar de 1 a 3 años. No existe un tiempo fijo para vivir el duelo. Cada uno necesita su tiempo, a pesar de que muchas veces los familiares quieren ver al niño recuperado pronto. A menudo suelen decir ¿"porque, este niño, sufre tanto"? El niño/a necesita tiempo para reacomodarse, aceptar la ausencia de su madre, aceptar que ha muerto, recordarla, retomar el arraigo en otra casa y en otro ambiente, y llenar nuevamente sus espacios vacíos.

En los procesos de abordaje familiar, la llegada de huérfanos de madre fallecida en trance obstétrico, hace inferir que la resiliencia se constituye en la capacidad que tiene la familia para resistir los cambios producidos por el entorno, sabiendo que la vida continúa y de la capacidad para absorber el cambio cualitativo y mantener la integridad estructural.

Revisando bibliografía sobre resiliencia familiar, la autora adhiere a Gómez y Kotliarenco que proponen definirla: **"Como el conjunto de procesos de reorganización de significados y comportamientos que activa una familia sometida al estrés para recuperar y/o mantener los niveles óptimos de funcionamiento y bienestar, recursos y necesidades"** (187)

En condiciones de crisis como la muerte de una madre en trance obstétrico, las familias se reestructuran, se cohesionan y tratan de pasar la tormenta, aunque no saben cuánto tiempo durará. Deben contar con factores internos y externos que colaboren con ellas para dejar de ser vulnerables e impedir que la situación adquiera mayor dimensión, para luego superarla y enfrentar la reestructuración familiar, salir fortalecidos de ella y transformarla en elemento de cambio y de crecimiento positivo. En los escenarios en que se desenvuelven los huérfanos; son la familia, la escuela y la sociedad los que deben ayudarlos a adquirir resiliencia.

Es importante prestar atención a las necesidades de los niños/as que están en situación de riesgo como los huérfanos de la MM en trance obstétrico, mostrándose como modelo y no como moldeadores. Existen distintas circunstancias que favorecen o no el desarrollo de la resiliencia en cada huérfano como: la educación, las relaciones familiares y el contexto social.

La resiliencia es “Fortaleza” y los huérfanos la adquieren en su entorno familiar. Los cuidadores de huérfanos y sus familias tienen que enseñarles a ver la realidad, a superar la crisis, los problemas, las desilusiones, los desencantos, con el ejemplo y en cada momento.

La escuela es, el ambiente clave para que el niño adquiera resiliencia. El clima educativo positivo, abierto, orientador, regido por normas, ayuda al niño/a en la resiliencia. El docente tiene a su alcance la oportunidad de brindar al huérfano de madre, actividades que contribuyen a adquirir resiliencia a través del afecto y apoyo, ofreciéndole oportunidades de participación, actividades prácticas áulicas y deportivas, como constructores y facilitadoras de la resiliencia.

El niño/a con resiliencia, piensa, siente, actúa y se enfrenta a cualquier situación por difícil que sea, y eso lo sigue haciendo en la vida adulta. Adquiere habilidades, se levanta de los tropiezos, siente que es capaz de actuar frente a la adversidad. Adquiere confianza en sí mismo, tiene humor, tiene iniciativa, tiene independencia, se relaciona mejor con las personas, y siente el cariño de sus familiares y puede dar cariño a sus pares y a otras personas. (188)

Este niño/a sin duda ha de desarrollar más fácilmente un estilo de “**apego seguro**”; vínculo afectivo que como segundo factor protector se entiende como el contar desde muy pequeño con la certeza de tener quien lo quiere, lo cuida y lo protege que el caso de los huérfanos de madre, lo hacen con el padre viudo, los abuelos y/o familiares cercanos.

- ▶ En el niño de 0-3 años, el afecto y la confianza como necesidad básica, son los primeros pasos independientes
- ▶ En el niño de 4-7 años, persiste la necesidad de afecto, afirma la confianza básica, para progresar hacia la independencia.
- ▶ En el niño de 8-11 años, prevalecen el afecto y el conflicto de la pubertad y se manifiesta la crisis de la confianza básica; la independencia se incrementa.
- ▶ En el adolescente de 12 a 16 años, los afectos y los conflictos se amplían; la confianza básica tambalea, dando un salto en la autonomía (189)

Las familias resilientes cuidadoras de huérfanos de la MM, son las que desean intentar cosas nuevas y son libres de expresar enojo, culpa y/o resentimiento y ser francos ante cualquier

situación. Sus miembros están comprometidos el cuidado de los huérfanos y conservan la esperanza que proviene de la búsqueda continua de maneras de mejorar el bienestar familiar.

La OMS actualmente discute una nueva definición de salud como concepto más amplio e integral, incorporando la relación de salud y resiliencia. La resiliencia pone en evidencia la deficiencia del concepto clásico de salud (estado libre de enfermedad)

Podemos decir entonces que la salud es el estado completo de bienestar físico-psíquico y social. Para estar en salud, el hombre necesita de ciertos elementos para mantenerse en estado de equilibrio dinámico, cuando uno de ellos no se encuentra disponible en cantidad y calidad adecuada, aparece el estado necesidad y esto se traduce en un desequilibrio que genera acciones destinadas a corregirlo, para ello utiliza la resiliencia.

3.2.- La Resiliencia en los sistemas de salud

Los progresos en materia de prevención y control de enfermedades no transmisibles requieren de la existencia de sistemas sanitarios sólidos y, en ese contexto, la 64.^a Asamblea Mundial de la Salud. (Ginebra. 2011) reconoció su importancia. Sus delegados adoptaron resoluciones orientadas a fortalecer los sistemas de salud para que desarrollen resiliencia mediante estrategias destinadas a reforzar las esferas de enfermería y partería; mejorar el desempeño del personal sanitario y actividades dirigidas a mejorar el diálogo en materia normativa con miras a desarrollar políticas, estrategias y planes de salud más sólidos que contemplen el fortalecimiento de la resiliencia en los sistemas de salud

La vida es un camino incierto, que presenta muchas situaciones distintas y en ocasiones de sorpresas no previstas. Ante la pérdida de una madre en trance obstétrico, quedan numerosos niños/as huérfanos, familias angustiadas, desprotegidas. El personal de los servicios de salud debe ante la adversidad, fomentar la **resiliencia**,

Es esta una palabra que desde hace tiempo se escucha con fuerza.

Boris Cyrulnik, descendiente de una familia de rusos judíos masacrados por los nazis, huérfano de padres, que a sus seis años logra escapar de un centro de concentración, inventor del concepto “resiliencia”, muestra en carne propia, que con voluntad y fortaleza siempre es posible seguir adelante y adquirir resiliencia. Promover el desarrollo de la resiliencia en los huérfanos de la MM en trance obstétrico y de sus familias cuidadoras es un deber, un derecho social y humano.

Frente a la muerte materna, somos los adultos capaces de convertir a los huérfanos en protagonistas de su propia vida, creando resiliencia?

4- PROTECCIÓN SOCIAL

4.1. Situación global: en el Mundo; en América Latina y el Caribe; en Argentina y Santiago del Estero.

Los primeros indicios sobre la **Protección Social mundial**, aparecen en 1919, con el Tratado de Versalles, cuando los líderes políticos del mundo ponen fin a la 1ª Guerra Mundial. Como producto de este histórico tratado nace la Organización Internacional del Trabajo (OIT) El Preámbulo de su Constitución, es rico en contenidos de protección social

La idea de proteger especialmente a los menores de edad se plantea por primera vez en la **Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño** (1924).

La Seguridad y la protección adquiere relevancia, ya que es un derecho consagrado en La **Declaración Universal de los Derechos Humanos** (1948) reconocido en su Preámbulo cuando dice que **“los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana, deben ser protegidos para promover el progreso social”** incluyendo a los niños.

En el plano internacional, la **CDN**, constituye el principio marco que debe orientar toda acción en favor de la infancia. Se trata de la referencia más importante relativa a los huérfanos y niños/as vulnerables. Son de particular importancia para este estudio, los artículos 3º, 5º, 6º, 8º, 9º, 12º, 16º al 21º, 24º, 25º, 27º, 28º, 31º, 32º y 34º. Cada uno, hace referencia específica a distintos aspecto de la niñez, que las familias, la sociedad y los gobiernos deben respetar, y garantizar. El Comité de los Derechos del Niño, en su 40º período de sesiones, debate el tema **“Realización de los derechos del niño en la primera infancia”**, y produce un documento amplio y profundo titulado: Observación General N° 7, cuyo contenido está referido a la protección de la niñez. (190)

Por su extensión la autora hace referencia al apartado **VI. NIÑOS PEQUEÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES DE PROTECCIÓN**; relacionado con la investigación, donde se expone sobre la **Vulnerabilidad de los niños pequeños ante los riesgos**.

El punto **36**, de este apartado, se reconoce que los estados partes deben garantizar, en cualquier circunstancia, que los niños/as reciban protección adecuada en la realización de sus derechos. Para garantizarlos, algunas de las obligaciones del estado recogidas en este punto hacen referencia a los incisos **a** (art 19), **b** (art 20, 21), **c** (art 22), **d** (art 23), **e** (art 32), **f** (art 33), **g** (art 34), **h** (art 35), **i** (art 40) de la CDN

Sobre el punto **36** del apartado VI nos detendremos en el inciso **b) Niños sin familia**, que hace referencia a los artículos **20º** y **21º** de la CDN; ya que este estudio está referido a la **“Situación los huérfanos menores de 5 años de la MM en trance obstétrico”**

Inciso b) “Los derechos del niño/a al desarrollo; están en grave peligro cuando los niños/as son huérfanos, están abandonados o se les ha privado de atención familiar o cuando sufren largas interrupciones en sus relaciones o separaciones”

La Convención nace en 1989 para proclamar que todos los niños/as tienen derechos inalienables, universales e indivisibles y que los gobiernos tienen el deber de aplicar las políticas necesarias para garantizarlos y supervisar que se cumplan. Estos derechos son los Derechos de la

Infancia. Los países que ratificaron la CDN están obligados a poner los medios para que los derechos de la infancia se cumplan. Desde su puesta en vigencia, millones de niños/as se han beneficiado. Otros están esperando a que se cumplan sus derechos. Esto da indicios que la existencia de la Convención no es suficiente para garantizar el cumplimiento de sus derechos:

Dado que bienestar social es **“el conjunto de cosas para vivir bien”**, se considera a la Protección Social como el conjunto de instrumentos utilizados por el Estado para promover y mejorar el bienestar. También es considerada como conjunto de políticas públicas de carácter social que asume el estado para promover y lograr la inclusión social. Sus etapas son:

♦ **Atención:** atender de forma integral los problemas sociales en los grupos vulnerables

♦ **Inclusión:** incorporación al sistema socio-familiar-productivo de grupos vulnerables y vulnerados

Todos los países contemplan en sus Ordenamientos Jurídicos la necesidad de ofrecer protección a grupos sociales que, por diferentes razones, se encuentran en una situación de desprotección que les impide defender sus derechos. Los niños son uno de esos colectivos

Los gobiernos de países en desarrollo aplican programas de protección social que ofrecen valiosas lecciones que pueden ser útiles tanto a países ricos como pobres. Algunos de los mejores programas de protección social del mundo surgen en tiempos de dificultades macroeconómicas, y a través de una combinación de programas y transferencias monetarias destinados a cubrir las necesidades de los más pobres para lograr escapar de la pobreza, como: Brasil, México, Argentina

La OIT recomienda a los países miembros adoptar el **Piso de Protección Social.**, definido como mecanismo de garantía básica de la Seguridad Social, por considerar que muchas personas en el mundo no se benefician con ella, y no pueden disfrutar de sus derechos (191)

El Piso de Protección Social (192) incluye:

1.- Un conjunto básico de **derechos y transferencias sociales esenciales.**

2.- El suministro de un nivel **esencial de bienes y servicios sociales**

Toda política social debe tener como prioridad la universalización de la protección social y transformarla en un derecho exigible (193). El informe que produce el Grupo Consultivo OIT-OMS (194), indica que el 75% de las personas en el mundo carecen de una protección social adecuada.

La ONU recomienda la universalización del Piso de Protección Social. Liderada por la OIT y OMS, tiene por objetivo la promoción de un conjunto de derechos y de transferencias sociales básicas, a fin de proteger a los segmentos más vulnerables para que puedan salir de la pobreza.

Esta recomendación sin precedentes, es un hito histórico en la esfera de la política social mundial que aspira a universalizar la protección social a través de los **“pisos nacionales de protección social”** cuya financiación debe ser asumida por los propios países. .

Tanto las leyes como las Constituciones de los países miembros de la OIT, consagran en la cúspide de la pirámide de jerarquías de las normas jurídicas, la protección social a la niñez.

Garantizar un nivel básico de protección social, de vida decente para todas las personas del mundo y en especial de la niñez, es una necesidad ineludible.

La mayoría de los sistemas de Protección Social de *América Latina y el Caribe* enfrentan hoy procesos de reformas profundas que se encuentran en diferentes etapas de desarrollo. Al examinar esas experiencias que son variadas en enfoques, avances y dificultades, queda claro que no existe un modelo único para aplicar y es uno de los pilares sobre los que se sostienen las políticas públicas de la mayoría de los gobiernos democráticos de la región.

La crisis económica internacional, ha impactado en la región. Sin embargo pudo enfrentar de mejor manera la tempestad que países de otros continentes. Es la protección social la que permite acelerar esta recuperación en el horizonte de un desarrollo más incluyente y sostenible.

El BM informa en abril de 2012 que al menos el 60% de la población de los países en desarrollo y casi el 80% de la de los países más pobres carecen de una cobertura eficaz de protección, y afirma que “La cobertura eficaz de protección permite superar la pobreza, ayuda a encontrar empleo, hacer frente a las crisis, mejorar la salud, la educación y el bienestar”.

El objetivo de la protección social en América Latina y el Caribe (195) es brindar respaldo y apoyo frente a los riesgos sociales masivos, vinculados con el ciclo de vida, con el ciclo económico, eventos catastróficos y la postergación o exclusión socioeconómica permanente.

A grandes rasgos se pueden mencionar, al menos, tres instituciones que brindan prestaciones de protección social: **a)** el Estado; **b)** el mercado; y **c)** la familia.

El **Estado** a través de: **a)** políticas e instituciones públicas; en particular, el sistema de seguridad social y el sistema público de salud; **b)** programas de pensiones no contributivas para sectores de escasos recursos; **c)** políticas familiares, entendidas como los recursos y servicios que proporciona el Estado a las familias para el mejor desempeño de sus funciones; **d)** programas de transferencias condicionadas o no, destinados a grupos seleccionados de la población (pobres, madres solteras, discapacitados, etc); y **e)** seguros específicos subsidiados total o parcialmente por el Estado (seguros de desempleo, pérdidas agrícolas, etc).

El **mercado** por medio de: **a)** disponibilidad de trabajo decente, siguiendo los lineamientos de la OIT. Su disponibilidad suele ser uno de los canales vinculantes con la seguridad social formal, por lo que también se relaciona con la protección ofrecida por el Estado.

La **familia** mediante: **a)** cohabitación; **b)** transferencias de recursos, bienes y servicios; **c)** subsidios parciales o totales, recibidos por el estado u otros organismos.

Por definición las familias “cuidan” a sus integrantes, aunque no siempre sean capaces de cumplir con este objetivo. Así, ocupan dos ámbitos en el espacio de la protección social: uno vinculado con el proceso de crianza y formación de los hijos, y otro complementario, que está dado por la protección que se presta como complemento, frente a eventos adversos, como el desempleo, la enfermedad, la discapacidad y el embarazo en condiciones precarias. La sociedad civil también ofrece protección social por medio de la solidaridad informal

En la práctica, los sistemas de protección social de los diversos países de la región, consisten en una “mezcla” de esquemas y programas de naturaleza no contributiva y contributiva

OPS/OMS y organizaciones internacionales, (196) documentaron diversos modelos y experiencias de esquemas de protección social en salud en la región que tienen relación con Salud Materna, Neonatal e Infantil. Su finalidad, está relacionada con el desarrollo de acciones para ampliar la protección social en relación a los ODM 4 y 5.

El principal problema de los regímenes de protección social en la región (197) es su baja cobertura, tanto en número, como en la gama de riesgos cubiertos y su calidad. En la región cuatro de cada diez personas no tienen acceso a la seguridad social. El 40% de trabajadores y sus familias no están protegidos por ningún tipo de protección social, sobre todo de áreas rurales.

En una región donde las tasas de natalidad se desploman y el envejecimiento de la sociedad no tiene precedentes, esto constituye un dato abrumador. En este contexto, la seguridad social debe ser vista como una herramienta para luchar contra la pobreza y la exclusión social. Estos regímenes evidencian resultados desiguales e inequitativos, aunque sus programas sociales tengan una larga historia; aparecen como intervenciones destinados a potenciar el capital humano y actuando sobre el entorno familiar y comunitario a través de diversos mecanismos.

En los últimos años, se suma una nueva iniciativa; los “programas de transferencias condicionadas” (PTC), cuyo objetivo es producir asociaciones entre las distintas dimensiones del capital humano a lo largo del tiempo y las transferencias monetarias. Muchos de los programas de lucha contra la pobreza en la región surgen como respuesta a los vaivenes del ciclo económico y a las prolongadas crisis, al aumento del desempleo y la pobreza. (198) Estos programas se fueron convirtiendo cada vez más en componentes permanentes de la política social.

Consultada la Base de datos de programas de protección social no contributiva en la región referidos a PTC, encontramos que Argentina posee (4), Bolivia (2); Brasil (6); Chile (2); Colombia (4); Costa Rica (2); República Dominicana (1); Ecuador (3); El Salvador (1); Guatemala (3); Haití (1); Honduras (4); Jamaica (1); México (1); Nicaragua (2); Panamá (2); Paraguay (1); Perú (1); Trinidad y Tobago (1) y Uruguay (3). (199)

Estos programas, se consolidan en distintos países de la región y se definen como un instrumento privilegiado de la política contra la pobreza. La estructura básica de los PTC consiste en la entrega de recursos monetarios y no monetarios a familias en situación de vulnerabilidad que tienen hijos menores de edad, con la condición de que estas cumplan con ciertos compromisos asociados al mejoramiento de sus capacidades humanas (200).

Repensar la protección social en la región, es pensar en la eliminación eventual de la exclusión social. Es evidente que no hay soluciones comunes que satisfagan a todos los países y situaciones. De allí la importancia de la propuesta de la OIT y que demanda ONU sobre la aplicación del Piso de Protección Social, para que se haga extensivo a la región y al mundo.

“Una función clave para la protección social en América Latina, es cuidar de los menores que son los futuros ciudadanos de la sociedad”

Argentina tiene una historia de equidad distributiva importante. Es un país pionero en el desarrollo de la seguridad social. Sin embargo, las crisis económicas, llevaron al deterioro de la distribución del ingreso, al aumento de la pobreza, la desigualdad social, los cambios en el mercado laboral, al aumento del desempleo; al empleo informal, que afecta a un importante sector de la población y que generan dificultades al momento de garantizar el cumplimiento de los derechos de salud y socioeconómicos de los grupos más vulnerables (201)

Nuestro país salda una deuda pendiente respecto al marco normativo para la protección de los derechos de los niños/as argentinos, con la Ley 26061/05 que crea un sistema de protección de los derechos de los niños/as y adolescentes, en cuya base se encuentra el conjunto de políticas públicas básicas y universales para su pleno desarrollo en todas las áreas (202) (203). Hacer exigibles estos derechos implica exigirlos como obligaciones que el Estado adquiere al ratificar la CDN de 1989 e incorporados a la Constitución Nacional en 1994 (art.75º, inc 22).

Aun así, se siguen vulnerando los derechos de los niños/as que demandan una protección integral y de exigibilidad plena; ambas condiciones son indispensables para el ejercicio de una democracia inclusiva, porque existe:

- Falta de articulación en las políticas públicas que generan superposición de servicios.
- Deficiente distribución de inversión en la infancia que no garantizan todos sus derechos.
- Pobreza, abandono y desamparo a la que están condenados miles de niños/as.
- Desprotección en salud que se prolonga desde del nacimiento, hasta la adolescencia.
- Creciente número de niños/as que quedan huérfanos, víctimas de la MM en trance obstétrico, de violencia doméstica, de accidentes, con pocas alternativas de acceder a la protección social

Ante reiterados reclamos de la sociedad; argentina, fue capaz de gestar políticamente programas de protección social con enfoque de derechos, por los cambios que se producen en la estructura de los hogares que multiplican las demandas de cuidados. La matriz social histórica, ya no existe. La estructura familiar y de los mercados, evolucionan, pero la matriz de protección social todavía no se transforma lo suficiente.

El rol de la protección social en las políticas públicas muestra un avance significativo a partir de 2003, pero aun así quedan problemas sustantivos irresueltos, que atentan contra un desarrollo social amplio, ciudadano y democratizador. Desde fines de 2003, frente a la crisis (2001), una de las respuestas claves es la inversión en protección social dirigida a la infancia para tender al pleno cumplimiento de la CDN, por lo que argentina, amplía el gasto social, invirtiendo en comedores escolares, educación básica, erradicación del trabajo infantil, salud materno infantil.

La inequidad en Argentina comienza en los 70. El coeficiente de Gini que mide la distribución de la riqueza de un país; pasó de menos de 0.35 a más de 0.53 en el 2002, generado por: desempleo, pobreza e indigencia. La inequidad disminuye y a principios de 2010 el coeficiente de Gini es de 0.44; (204) en el 2012, es de 0.37 y al 2014 0,36 (primer trimestre), lo que muestra que la AUH, que utiliza la educación y la salud en forma indirecta, impacta sobre la pobreza y distribución del ingreso, reduciendo el coeficiente de Gini

La protección social en Argentina, está compuesta por políticas y programas que forman parte tanto de la protección social básica como de otros componentes de la escalera de protección social, en particular los seguros contributivos obligatorios. Sin lugar a dudas, Argentina cuenta actualmente con una protección social desarrollada que contribuye en forma sustancial al bienestar de la población, pero sigue habiendo muchas lagunas en la cobertura (205) A partir de los 90, programas de transferencias de ingresos, con el Plan Trabajar.

Entre los programas que forman el Piso de Protección Social en Argentina se destacan hoy:

- ▶ Pensiones no contributivas
- ▶ Plan de Inclusión Previsional o “Moratoria Previsional”
- ▶ Planes para la superación de la pobreza
 - Plan Nacional de Seguridad Alimentaria (PNSA)
 - Plan Nacional Manos a la Obra
 - Plan Nacional Familias; transferido en 2009 a la Asignación Universal por Hijo (AUH)
 - Programa Jefes y Jefas de Hogares Desocupados (PJJHD), transferido a la (AUH)
 - Programa Ingreso Social con Trabajo “Argentina Trabaja”
- ▶ Seguro de capacitación y empleo
- ▶ Asignación Universal por Hijo (AUH). 2009
- ▶ Asignación Universal por Embarazo para la Protección Social (AxE). 2011

Todos estos programas tienden a reducir la pobreza y la inequidad, aunque siempre queda cierto número de beneficiarios potenciales que no se presentan a reclamar estos beneficios (206) (207)

La autora analiza en este apartado, aquellos relacionados con el tema en estudio. Los programas más significativos son: AUH, AxE, Plan SUMAR y la Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, que constituyen programas claves para la construcción de un piso de protección social en beneficio de las madres, niños y adolescentes.

La implementación de la AUH (208) permite cerrar la brecha de cobertura para la niñez y adolescencia; al igual que el Plan Sumar, y la AxE. Estos programas están vinculados a servicios esenciales, en particular a educación y salud, por lo que permite introducir fácilmente en el campo de las políticas sociales el concepto de APS, para la inclusión e igualdad de oportunidades.

Se estima que su puesta en práctica a lo largo del país, tiene un impacto sobre la pobreza, indigencia, desigualdad y calidad de vida de los grupos más vulnerables, como los niños, madres solteras o familias numerosas que tienen menores posibilidades de subsistencia. (209)

La Ley 26.061/05 abre el camino hacia una nueva institucionalidad. Las acciones están dirigidas a proteger los derechos de niños/as que atraviesan situaciones críticas a nivel familiar, social, jurídico o económico (víctimas de violencia, trata, tráfico y trabajo infantil) promueve y fortalece la permanencia en su ámbito familiar y comunitario.

“La protección social universal y basada en el principio de la solidaridad es el mejor camino para llegar a la inclusión de los grupos más vulnerables”.

En la actualidad existe a nivel nacional y en todas las provincias, incluyendo **Santiago del Estero**, un consenso amplio acerca de que la protección social es un derecho universal, garantizado por los tratados internacionales de Derechos Humanos.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU (1948), en su art. 22º expresa: **“Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad”**.

Las experiencias de otros países y el nuestro, demuestran que instrumentar el Piso de Protección Social, como recomienda la OIT, es posible, asequible y tiene impactos positivos.

El proceso de reformas del marco jurídico de nuestro país y su adaptación a la CDN y a otros mandatos internacionales sobre derechos humanos tuvo en los últimos años un rápido crecimiento. La Ley Nacional 26.061/05 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, para ser aplicada en todo el territorio nacional, en la cual cada provincia debe aprobar su propia ley, en concordancia con la legislación nacional.

Muchas provincias se han adecuado a la norma nacional sobre protección a la niñez y adolescencia, otras no; por lo que estos derechos quedan en letra muerta y no se efectivizan.

Al respecto, **Santiago del Estero** aprueba la Ley 6915/08, de **“Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes”** en concordancia con la Ley Nacional.

Santiago del Estero es una provincia diversa, que se enfrenta a retos de enormes dimensiones. De hecho que muchos santiagueños viven en entornos de riesgo que amenazan en forma constante sus medios de subsistencia, sin poder alcanzar la protección social.

La AUH, como principal programa de protección social, actúa en la reducción de la pobreza sobre grupos vulnerables, no es estático, sino que por los requisitos exigidos en cuanto a salud y educación para acceder a él, contribuyendo a romper el ciclo inter-generacional de la pobreza.

En relación a la distribución geográfica; un poco más del 50% de los beneficios corresponden a la región Pampeana, seguidos por las regiones NOA y NEA, con cobertura superiores al 30%. Para ambas regiones (210) Al 2012, **Santiago del Estero** tiene una cobertura sobre la población objetivo del 49,8% (211). Sin embargo en la actualidad una gran proporción de población está excluida, sobre todo la población rural

El documento de trabajo N° 66 del Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC) (212) selecciona y analiza la implementación de seis programas nacionales de Protección Social en la provincia, cuyo objetivo es conocer el modo en el que se gestionan las políticas de protección social. Los programas relevados son: AUH, Plan Nacional de Seguridad Alimentaria (PNSA), Programa Ingreso Social con Trabajo “Argentina Trabaja”, Programa Jóvenes con Más y Mejor Trabajo, Plan Nacer y Propuesta de Apoyo Socioeducativo para Escuelas Secundarias.

Del análisis de estos programas, la autora centra su interés en los que se relacionan con la protección social a la niñez: AUH, PNSA y Plan Nacer.

El estudio indica que la **AUH** en Santiago del Estero, logra, en poco tiempo, una amplia cobertura. Se implementa, en el mismo momento del lanzamiento a nivel nacional. A nivel local, el programa responde a la misma problemática y persigue similares objetivos que a nivel nacional. Está regulado por resoluciones y disposiciones de ANSeS y no requiere adaptación.

El perfil de los beneficiarios, así como los requisitos que deben cumplir, se encuentran especificados en la normativa nacional. Reciben, un subsidio mensual, actualizado anualmente, que se paga en forma directa a través de una cuenta bancaria con tarjeta de débito.

El **PNSA**, forma parte del denominado “Abordaje Federal, está destinado a financiar tarjetas sociales; comedores escolares, servicios de ayuda alimentaria y otras prestaciones.

En la provincia, los programas alimentarios se gestionan desde la Subsecretaría de Desarrollo Social del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, con incumbencias del Área de Políticas Alimentarias. También, los aportes del PNSA contribuyen a financiar, junto con otros recursos, los comedores escolares y otras prestaciones en materia alimentaria. Estas son:

- **Comedores comunitarios:** Se gestionan desde el Área de Política Alimentaria y se financian con fondos recibidos por el Programa Social Comunitario (PoSoCo), cuyos beneficiarios son niños/as y adolescentes de 4 a 14 años.
- **Comer en familia:** Se implementa desde el 2008 en Añatuya. Comienza como experiencia piloto para los comedores de Caritas en esa localidad. Consiste en el traspaso de los beneficiarios de comedores comunitarios a la modalidad de entrega de tarjetas para la compra de alimentos.
- **Ayuda económica por alimentación y Ayuda económica por dieta especial:** Se implementan desde 2005 y se financian con recursos propios. Están dirigidos a personas sin cobertura y con problemas de salud o que requieren una asistencia específica ante situaciones puntuales
- **Comedores escolares,** funcionan desde fines de la década de los 70. Tienen aportes mixtos; rentas provinciales (35%) fondos del Programa Social Nutricional (PROSONU) y aportes del PNSA. (65%), para atender a alumnos de jornada completa y jornada simple.
- **Plan NACER, hoy SUMAR,** se ejecuta, desde una Unidad Ejecutora que depende y reporta al Ministro de Salud y Desarrollo Social. Su implementación se regula por la normativa Nacional. Hoy el programa cuenta con una cobertura del 84% estando por encima del promedio de su región que alcanza al 81%

El estado ha trazado metas propias y exigentes que no pudieron al 2015 ser cumplidas, tal vez pueda concretar esas metas aplicando la *“Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030”*

“Imaginemos el 2030 con una sociedad santiagueña, donde todos los protagonistas tengan las mismas oportunidades de protección social”

. 4.2. La Protección social para las familias cuidadoras de los huérfanos de la mortalidad materna en trance obstétrico.

La MM en trance obstétrico en el mundo, en la región, en el país y en Santiago del Estero están vinculada a dimensiones geográficas, económicas y culturales y a las dificultades de acceso a los servicios de salud de calidad que requiere una mujer embarazada. Esta situación afecta a madres, niños/as y recién nacidos. .

Extender la protección social a la población mundial, es un paso decisivo para alcanzar la equidad en salud en una generación, en la medida que se establezcan políticas integrales de protección social, se refuercen las existentes; que se vele por los sistemas de protección social que incluyan a los más vulnerables, especialmente los niños/as huérfanos menores a 5 años. (213)

La tragedia de los huérfanos de la MM en trance obstétrico priva con crueldad a millones de niños/as de las posibilidades vivir, crecer y desarrollarse en un entorno familiar de cariño y apoyo. La familia cuidadora de huérfanos constituye la primera línea de protección de la infancia. Carecer de ella puede resultar una experiencia destructora. Sin esta protección esencial, ellos son más vulnerables al abuso de sus derechos más elementales. Es necesario que el estado tome medidas para evitar que ellos pierdan el cuidado de sus familiares directos

Los niños/as tienen derecho a crecer en un entorno protector. Esto significa que deben existir leyes de protección que promuevan la asistencia a las familias cuidadoras de huérfanos de la MM en todas las áreas y en especial de la MM en trance obstétrico, área hoy descuidada. .

UNICEF diseña estrategias para preservar a las familias con dificultades. Sus programas se orientan conforme a la CDN y afirma que la familia ocupa un lugar central en su labor para defender los derechos de la niñez, fortaleciendo a las familias. El núcleo de la misión del UNICEF es la CDN y fue una condición sine qua non de los ODM y hoy de los ODS.

Una familia protectora es el entorno ideal para el crecimiento de los niños/as y huérfanos y el mejor comienzo para garantizar sus derechos

- ***Cuando el niño/a nace, la madre y la familia deben brindarle protección y cuidados especiales.***
- ***Cuando el niño/a alcanza la edad escolar, la familia continúa teniendo una importancia fundamental.***
- ***Cuando el niño/a alcanza la adolescencia, la familia continúa desempeñando su papel de protección, apoyo y orientación***

UNICEF, se compromete a promover la igualdad y eliminar la disparidad de género. Sus programas, contribuyen a la potenciación de la mujer y a su plena participación en la comunidad y en la familia; luchando por acabar con la violencia de género y en el seno familiar (214)

La familia, la sociedad y el estado. Cada uno desde su hacer y desde su propio espacio, son quienes deben garantizar los derechos de la niñez. La perspectiva de derechos invita a la familia, sociedad y al Estado a lograr una construcción colectiva de la cultura de la infancia.

El ser humano como ser social requiere del grupo familiar para estructurar formas de conducta y alcanzar todas sus virtudes humanas. La familia es la unidad básica de la sociedad y en casi todos los casos proporciona el mejor ambiente para el desarrollo del niño/a

La separación familiar puede tener un profundo efecto negativo en el desarrollo del niño/a, tanto a corto como a largo plazo. El impacto; depende de la edad, nivel de desarrollo intelectual, madurez emocional, naturaleza y apoyo que tienen. Algunos estudios señalan que el período entre cuatro a seis meses y dos a tres años es importante para la formación de los afectos y el comportamiento emocional, por lo que, no es conveniente separarlos a estas edades.

En el país se ejecutan diferentes modelos de prestación de servicios públicos, de bienestar familiar y de protección social, para garantizar los derechos de la niñez, pero no existe una ley de protección integral para las familias cuidadoras de los huérfanos de la MM en trance obstétrico.

La evidencia conocida por la autora sobre la protección social y legal en el país, sobre los huérfanos de la MM en procesos reproductivos es la ley 7664/07 (Mendoza). Su objetivo es brindar protección integral a familias cuidadoras con determinadas condiciones, en cuyo seno se haya producido la muerte de una mujer en trance obstétrico. La protección integral de la familia abarca: vivienda, educación y salud del grupo familiar, contemplando el interés superior del niño/a. (215)

Para dar mayor contención a hijos/as de víctimas de femicidio Santiago del Estero propone al Congreso Nacional, otorgar una pensión no contributiva, destinada a las hijas/os de personas fallecidas como consecuencia de un hecho de violencia ejercido por uno de sus progenitores hacia el otro, en razón de la situación social, sanitaria y educativa en la que quedan los huérfanos (216)

Crear un sistema de registro y vigilancia de las familias cuidadoras de huérfanos de la MM en trance obstétrico y de sus huérfanos, es posible determinar si se están beneficiando de programas de protección social.

Se dice que el proceso inclusivo del sistema de protección social en **Argentina**, no es todavía universal. La AUH, según algunos estudios, revela que alrededor de un millón de niños/as, que siendo elegibles, no perciben el beneficio. Entre ellos se encuentran muchos niños santiagueños. Los motivos por el cual es negado; están los de tipo normativo, muchos tienen dificultades para completar la gestión (falta de documentación personal o de tenencia de menores en regla, o problemas en los registros oficiales). Este programa que se considera de alto impacto en la reducción de la pobreza, debe evaluar la posibilidad de incluir a los niños/as y familias más vulnerables que aún no perciben el beneficio; para aumentar su efectividad.

A más 25 años de la aprobación de la CDN y pese al amplio reconocimiento internacional, nacional, provincial en numerosos instrumentos legales, todavía existe un imperioso desafío: el de garantizar una ciudadanía plena para la niñez y la adolescencia. El compromiso del Estado Nacional con la CDN, son explícitos (217)

“Las familias santiagueñas cuidadoras de huérfanos de la MM en trance obstétrico, son familias anónimas en la historia de la protección social”

4.3.- Mirando el 2015 y después

Los ODM, son ocho ambiciosos objetivos que se intentaron alcanzar en el 2015. Como esto no fue posible lograrlos en su totalidad, se propuso una agenda post 2015, realizando la transición de los ODM a los ODS, donde la comunidad internacional se compromete cumplir con la

“Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030”

Con este marco de referencia y teniendo en cuenta esta realidad la autora procura describir la situación socio-demográfica y de salud de los hijos de madres fallecidas en trance obstétrico atendidas en el Hospital Regional “Dr Ramón Carrillo del año 2008, cuestionándose si los niños

Continuarán en la misma situación de riesgo por la cual atravesaron sus madres

4.4.- Hipótesis de trabajo

Es probable que la situación socio-demográfica y de salud de los hijos de 0 a 5 años de madres fallecidas en trance obstétrico ocurridas en el Hospital Regional “Dr Ramón Carrillo” durante el año 2008, y de madres vivas sea insatisfactoria.

Sin embargo, existirían condiciones de salud diferentes en los niños de 0a 5 años de madres fallecidas y de madres vivas.

4.5.- Objetivo general

Describir la situación socio-demográfica y de salud de los huérfanos de 0 a 5 años de madres fallecidas en trance obstétrico ocurridas en el Hospital Regional “Dr Ramón Carrillo”,2008

Objetivos específicos

- Identificar las muertes maternas del año 2008, objeto del estudio.
- Identificar las madres vivas con niños vivos, menores de 5 años al 2013. (controles).
- Localizar geográficamente las familias de las mujeres fallecidas y de madres vivas.
- Identificar los huérfanos de 0-5 años vivos de muertes maternas (2008), y de madres vivas con niños menores de 5 años al 2013 que se mantenían en el núcleo familiar
- Describir edad, sexo, escolaridad, estructura familiar, grado de parentesco, situación económica, de trabajo, protección social y necesidades básicas insatisfechas de las familias de ambos grupos.
- Evaluar la situación de salud-enfermedad de los huérfanos y de madres vivas de 0 a 5 años, en relación a: Crecimiento y Desarrollo – Enfermedades Prevalentes de la infancia.
- Describir los factores sociales individuales y familiares que repercuten en la vida familiar de los huérfanos y niños de madres vivas, objeto de estudio.
- Identificar las modificaciones producidas en la vida familiar de los cuidadores, con la incorporación de los huérfanos de la mortalidad materna.

Capítulo II

MATERIAL Y METODOS

Diseño: Estudio exploratorio-descriptivo-prospectivo-observacional

Población y muestra.

Criterios de inclusión.

Fueron incluidas, todas las madres fallecidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Regional “Dr. Ramón Carrillo” en el año 2008, y madres vivas del muestreo aleatorio; los niños huérfanos sobrevivientes y niños de madres vivas menores de cinco años que se mantenían en el núcleo familiar de la provincia de Santiago del Estero

Criterios exclusión.

Fueron excluidos los niños/as que al momento del fallecimiento de la madre (2008) eran menores de 5 años.

El hospital de referencia, es el centro de mayor complejidad y principal centro de derivaciones de la provincia. En el 2008 se atendieron en el servicio de Maternidad, 6066 partos, de los cuales 5539 fueron RNV y 2000 mujeres en proceso de abortos, muriendo 16 mujeres en proceso reproductivo (218)

Método de reclutamiento y registro de datos.

Para la obtención de la información cuantitativa se realizó el análisis de las 16 historias clínicas de las madres que fallecieron en trance obstétrico ocurridas en el Hospital Regional “Dr. Ramón Carrillo” durante el año 2008. (Anexo pag 158)

Por indicación de la Comisión de Seguimiento que consideró escaso el número de unidades de análisis de los huérfanos sobrevivientes (7), se consultó a un experto en estadística para aplicar un muestreo aleatorio a familias de niños de madres vivas, menores de 5 años, con el fin de cotejar similitudes y diferencias.

Para ello se procedió a aplicar similares instrumentos a madres vivas que al momento de las entrevistas (2013) tenían hijos menores de cinco años que se mantenían en el núcleo familiar, a través de un muestreo aleatorio estratificado, sugerido por el experto; de 2 niños de madres vivas por cada huérfano, con los siguientes criterios: (Anexo pag 159)

1.- Madre viva.

2.- El mismo barrio o zona donde residía la familia del huérfano.

3.- Similar condición socioeconómica.

Para la recolección de información cualitativa se recorrieron alrededor de 7.500 Km (Anexos pag 154-155) divididos en dos tiempos; el primero para hacer el relevamiento de las familias cuidadoras de huérfanos y el segundo para hacer el relevamiento a las madres vivas del muestreo aleatorio estratificado con menores de 5 años que se mantenían en el núcleo familiar. (Anexo pag 156) Para ello se utilizaron dos técnicas de investigación durante el trabajo de campo: Observación en terreno y entrevistas semi-estructuradas, a los jefes de familias y/o cuidadores de huérfanos y de madres vivas con hijos menores de cinco años

Todas las familias, recibieron un código coincidente con la entrevista, la observación en terreno y evaluación del estado de salud-enfermedad de los menores de 5 años.

Esta información, fue confidencial y estuvo resguardada por la Ley Nº 17 622/68 de Secreto Estadístico y las específicas del caso. (Anexo pag 157)

La participación de los sujetos entrevistados en el estudio se realizó, previa información de los objetivos del proyecto, de la persona que lo realizaba mediante su consentimiento verbal y escrito. Se pidió autorización para grabar sus discursos, que permitieron registrar, no solo lo que se decía, sino cómo se decía: los distintos matices de expresión, las risas, el llanto, la duda.....

Se les garantizó la confidencialidad de sus opiniones y aseguró que las transcripciones sólo serían escuchadas por la investigadora y que en ningún caso aparecerían en las transcripciones escritas los nombres reales de ninguna persona.

Para la aplicación de la entrevista sem-estructurada del muestreo aleatorio estratificado de los no huérfanos se seleccionaron: 4 familias en capital y 10 familias en el interior de la provincia, totalizando 14 familias de niños no huérfanos menores de cinco años, que se mantenían en el núcleo familiar, tomando como referencia el domicilio del huérfano e indagando en su propia manzana, y/o en un radio de cuatro manzanas que rodeaban a la del huérfano en el área urbana. En el caso del interior se amplió el sector hasta un radio de 1 km.

En ambos casos, se evaluó el estado de salud-enfermedad a través del crecimiento según los criterios de OMS/SAP y OPS/MSN y enfermedades prevalentes de la infancia. Para evaluar el desarrollo se administró el test de Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE) con el fin de captar el desarrollo social y personal, el funcionamiento cognitivo, las habilidades motoras gruesas y finas, el habla y lenguaje, de los menores involucrados y con la aplicación de las entrevistas semi-estructuradas se buscó captar los mecanismos que se ponían en marcha en cada hogar y cada familia para resolver los problemas cotidianos. Con la observación en terreno se buscó mirar detalladamente la vivienda, su entorno y las formas de vida cotidiana.

Se elaboró un instrumento de recolección rápida de datos socio-demográficos, (Anexo pag 160-161) para ambos grupos en sus lugares de residencia.

Para las madres fallecidas, se tuvieron en cuenta datos que figuraban en las historias clínicas:

► **Datos de filiación de las madres fallecidas:**

Número de orden: Correlativo según fecha de fallecimiento

Fecha de fallecimiento: Se tomó como fecha de fallecimiento: día, mes y año del evento

Edad: en años cumplidos.

Lugar de residencia: En el área Capital y Banda se tomaron los domicilios particulares mencionados en las Historias Clínicas. (Anexo pag 162)

Para el interior, se localizaron los domicilios utilizando el mapa de las zonas sanitarias, donde figuran los departamentos, los hospitales zonales, distritales, los de tránsito y centros de salud de la provincia. En función de ello se ubicaron las localidades y parajes a las que pertenecían las madres fallecidas. (Anexo pag 163)

Número de hijos previos. Dato ausente en muchas HC. El mismo fue obtenido cuando se realizó la entrevista.

Causa de muerte: Según datos de epicrisis; que figura en la historia clínica, al egreso hospitalario (vivo o fallecido)

Área o servicio donde falleció: Sala de embarazadas, sala de partos, sala de puérperas, Unidad de terapia Intensiva, otras.

Grado de parentesco de quien la llevó al hospital: Esposo, pareja, padres, vecino, otros.

Como llegó al hospital: Por sus propios medios o derivada de un centro de salud de capital o Banda, o del interior de la provincia (hospital zonal, distrital, de tránsito, puesto sanitario). Anexo pag 164)

Para los niños de madres vivas, se tuvieron en cuenta los siguientes datos:

Datos del entrevistado/a

Edad: en años cumplidos

Sexo: Masculino-Femenino

Ocupación: (empleada/o; ama de casa, peón, jornalero, s/trabajo, etc)

Nivel de escolaridad alcanzado: S/escolaridad, primario/completo, primario/incompleto, secundario/completo, secundario/incompleto, (otros)

Parentesco con los niños: (padre, abuela/o paterno/materna, otros)

Para el universo: Menores de cinco años que se mantenían en el núcleo familiar.

Se evaluó el estado de salud-enfermedad de los huérfanos menores de cinco años de las muertes maternas ocurridas en el hospital de referencia, y de los menores de cinco años de madres vivas a través de una ficha elaborada por la autora (Anexo pág 165) que consistió en:

► **Datos demográficos de niños huérfanos y de madres vivas**

Sexo: masculino/femenino.

Edad: en meses, años cumplidos/meses

► **Estado de salud**

Crecimiento: Incremento de la masa corporal.

La antropometría es la técnica que se ocupa de medir las variaciones en las dimensiones físicas y en la composición global del cuerpo y permite conocer el patrón de crecimiento de cada individuo, evaluar su estado de salud y nutrición, detectar alteraciones, predecir su desempeño, salud y posibilidades de supervivencia.

Se elaboraron los percentilos de cada uno de los niños menores de cinco años de ambos grupos, para determinar el crecimiento según las normas de la OMS/SAP (219), (220) utilizando como parámetros el peso, talla e índice de masa corporal. (Anexo pag 166-171)

Peso corporal: en kgs

Cantidad de masa que alberga el cuerpo de una persona

Para valorar el peso corporal se utilizaron: La balanza mecánica pediátrica, con capacidad hasta 16 kg y la balanza portátil sistema mecánico, con altímetro incorporado, para los que superaban los 16 kg.

Longitud y Talla: en cm

Longitud: largo; dimensión máxima del cuerpo.

Se utilizó un podómetro, confeccionado para tal fin en la que constaba de una superficie fija para el extremo cefálico y otra móvil donde se apoyan los pies del niño formando un ángulo recto. Para poder utilizarlo fue necesario la participación de dos personas: una de ellas, fue la abuela o familiar del huérfano y/o la madre del no huérfano, para mantener la cabeza, mientras la investigadora mantenía las piernas extendidas. Este instrumento se utilizó en niños/as hasta 1 año, 11 meses, 29 días, como recomienda la OMS. En el caso de que no contara con él, se utilizó una cinta métrica metálica flexible

Talla: Para medir la talla de pie se utilizó el altímetro a partir de los 2 años.

Índice de masa corporal (IMC). Parámetro que establece la condición física saludable de una persona en relación a su peso y estatura o si está en riesgo de desnutrición o de obesidad.

Estado Nutricional

Es la situación en la que se encuentra un niño/niña en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes a través de los alimentos. Si la ingesta está por debajo o por encima de las demandas el estado nutricional indicará una malnutrición o se encuentran en situación de riesgo nutricional

La evaluación del estado nutricional a través de indicadores antropométricos (peso, talla, IMC, composición corporal, etc.) permite diagnosticar que un niño/niña se encuentra en un peso bajo, peso normal, sobrepeso u obesidad.

Eutrófico: Cuando el peso corporal se sitúa entre el percentilo 10 y 90 de la distribución del peso para la edad.

Desnutrido: Cuando hay déficit de peso y estatura esperada para la edad (insuficiencia ponderal y retraso en el crecimiento)

Desnutrición: Estado patológico resultante de una dieta deficiente en uno o varios nutrientes esenciales o de una mala asimilación de los alimentos.

Se la clasifica:

Según la etiología en:

Desnutrición primaria: (falta de aportes) Los aportes de nutrientes adecuados no pueden ser aportados por la situación económica, cultural y/o educativa.

Desnutrición secundaria: (enfermedad de base) Los aportes nutricionales son adecuados pero, debido a enfermedades conexas, la absorción o utilización de estos elementos no es la adecuada.

Según la gravedad en:

Leve: Desnutrición leve, al trastorno de la nutrición que produce déficit de peso entre menos una y menos 1.99 desviaciones estándar, de acuerdo con el indicador de peso para la edad.

Moderada: Desnutrición moderada, al trastorno de la nutrición que produce déficit de peso entre menos dos y menos 2.99 desviaciones estándar, de acuerdo con el indicador de peso para la edad

Grave: Desnutrición grave, al trastorno de la nutrición que produce déficit de peso de tres o más desviaciones estándar, de acuerdo con el indicador de peso para la edad.

Según su evolución en:

Desnutrición aguda: Es el desequilibrio entre el aporte y el gasto de nutrientes en el organismo. Se manifiesta por un peso reducido en relación a la talla.

Desnutrición crónica (hambre oculta) retraso en el crecimiento y se caracteriza por una estatura menor a lo normal para la edad del niño

Según el tipo de carencia en:

Desnutrición calórico-proteica o marasmo: Tipo de malnutrición energética y proteínica severa acompañada de emaciación (flaqueza exagerada), caracterizada por una deficiencia calórica y energética. Se considera marasmo cuando se presenta un peso disminuido 60% de lo normal.

Desnutrición proteica o kwashiorkor. Enfermedad producida cuando la privación proteica es relativamente mayor que la reducción de calorías. Es la forma más común de DPC en niños que han sido destetados tempranamente y cuya alimentación ha sido sustituida casi en su totalidad por hidratos de carbono.

Durante el control de crecimiento y desarrollo la autora procedió a valorar la gravedad y el grado de desnutrición utilizando los siguientes criterios: (221)

Relación peso /edad

1.- Peso/edad: útil para discriminar el grupo de alto riesgo. No diferencia entre desnutrición crónica y desnutrición actual o adelgazamiento. (déficit de peso mucho mayor que el déficit de talla (peso bajo, talla normal), con relación P/T disminuida)

Relación talla/edad

2.-. Peso/talla: se expresa como porcentaje del peso teórico para la talla (el que corresponde al peso mediano para la talla del niño, también denominado porcentaje de adecuación); se representan en tablas y gráficas de percentiles según edad y sexo y estos valores son referentes para determinar la evolución del crecimiento del niño y prevenir problemas de sobrepeso y obesidad.

GRAVEDAD	DEFICIT
Leve	5%-10%
Moderado	11%-15%
Grave	Mayor 15%

Relación peso/talla

GRADO DE DESNUTRICION	% Porcentaje de adecuación P/T
Leve o grado I	80-90%
Moderado o grado II	70-80%
Grave o grado III	<70%

Relación peso/talla asociada a talla/edad (clasificación de Waterlow)

Waterlow utiliza dos indicadores P/T. Valora déficit de peso con respecto a una altura determinada (Desnutrición presente)

T/E la estatura menor a la esperada para la edad (Desnutrición pasada)

La velocidad con la que se produce la pérdida de peso, no pudo ser valorada ya que es necesario contar con más de una medición

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación peso-talla que se utiliza con frecuencia para identificar el sobrepeso y la obesidad. Se calcula dividiendo el peso en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

Sobrepeso: El niño está en un rango superior al de los niños de la misma edad y estatura. IMC igual o superior a 25. (OMS)

Obeso: Acumulación anormal o excesiva de grasa en el cuerpo. IMC igual o superior a 30 (OMS)

► **Desarrollo:** Es la maduración en los aspectos físicos, cognitivos, lingüísticos, socio-afectivos y temperamentales y el desarrollo de la motricidad fina y gruesa.

Se aplicó el formulario de Prueba Nacional de Pesquisa-PRUNAPE; el cual consta de 79 pautas. (222) (Anexo pag 172-183) con elementos de apoyo consistente en una caja de materiales que contenía:

1.- Botella de plástico transparente: de 16 cm de alto, 3 cm de diámetro en la boca y 5.5 cm de diámetro en la base.

2.- Cubos de madera: 8 cubos de 2,5 cm de lado. 2 amarillos, 2 azules, 2 rojos y 2 verdes

3.- Cruz (dibujo) de cartón de 7 cm x 7 cm, con fondo blanco con el dibujo de una cruz, dibujada con líneas negra.

4.- Espejo: Un espejo de 30 x 25 cm.

5.- Figura de una cocina: En cartón de fondo blanco, de 14 x 9 cm. La cocina estaba dibujada en blanco y negro.

6.- Figura de una escena familiar: En cartón de fondo blanco, de 14 x 9 cm. La escena estaba dibujada en blanco y negro.

7.- Figura de perros: 7 figuras de perros de distintos tamaños.

8.- Hojas de papel: Blancas de tamaño A4 u oficio (Varias)

9.- Lápiz negro. De mina blanda

10.- Papeles blancos: de 10 x 10 cm (Varios)

11.- Pasas de uva: sin semillas (Varias)

12.- Pelota de tenis: una

13.- Rompecabezas: Cartón de 2 piezas que juntos representaban una niña caminando, en blanco y negro. Los dos cartones de 9 x 7 cm.

14.- Tela blanca: opaca de 50 x 50 cm

15.- Triángulo (dibujo): Cartón de 7 x 7 cm, fondo blanco, con dibujo en blanco y negro.

Esta caja se armó artesanalmente, respetando las dimensiones, consistencia, y color. Esta prueba es un método gráfico práctico, agrupado por áreas, ordenadas en forma creciente, de acuerdo al percentilo 90º de la edad de cumplimiento de los 79 items. En los ejes horizontales, figuraba una escala de 0 a 5.99 años (Anexo pag 184-185). En el anverso del formulario, además de las pautas, figuraban datos del examinador, del niño, la fecha de nacimiento y otros datos. En el reverso se registró información sobre el comportamiento del niño/a durante el examen y el resultado de la Prueba.

Calendario oficial y obligatorio de Vacunación (Anexo pag 186).

Herramienta útil que ayuda a las madres a saber en qué momento deben vacunar a sus hijos, para prevenir algunas enfermedades. Es el control de vacunas según edad. Se controló el carnet de vacunación de los niños que lo tenían y los que no, Se tomó como referencia lo informado por los familiares referentes

Estado de enfermedad:

Las enfermedades más importantes y determinantes de la mortalidad de niños menores de cinco años son: trastornos perinatales, enfermedades respiratorias, diarreicas, desnutrición y aquellas inmunoprevenibles. Otras causas de lesiones graves son la violencia, el maltrato y los problemas del desarrollo psicosocial y afectivo.

Se tuvo en cuenta lo informado por los familiares a cargo de los menores de 5 años.

Enfermedades Padecidas y número de veces: Indicaron las enfermedades padecidas y el número de veces.

Enfermedades respiratorias:

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) y dentro de ellas, el SBO (Síndrome Bronquial Obstructivo) es una de las más importantes.

Dentro de las infecciones respiratorias Bajas (IRB) en niños, se incluyen en este estudio:

Neumonía

Infección que afecta al pulmón, producida por diferentes agentes, entre ellos virus y bacterias, producida generalmente en invierno. El cuadro clínico se presenta con: Fiebre, tos, estertores crepitantes y evidencias de consolidación pulmonar en el examen físico o la radiografía de tórax.

Dentro de las bacterias, Streptococcus pneumoniae y Haemophilus influenzae tipo b son las que más frecuentemente son aisladas. Los virus más frecuentes son: Sincicial Respiratorio (70%), Influenza; Parainfluenza; Adenovirus; Rinovirus y Meta pneumovirus.

Lactante Sibilante o Bronquitis Obstructiva Recidivante (BOR):

Las sibilancias son un signo común en lactantes y niños pequeños, presentando por lo menos un episodio de sibilancias durante los tres primeros años de vida. Existe asociación entre enfermedad respiratoria viral y sibilancias recurrentes. Los virus más frecuentes en niños menores de 5 años son: Influenza, Parainfluenza, Sincicial Respiratorio y Adenovirus. La evaluación del niño con un episodio agudo de obstrucción bronquial recurrente exige un abordaje diferente. Se categoriza la severidad del cuadro (puntaje clínico de TAL) teniendo además en cuenta que la hipoxemia y la fiebre pueden o no estar presente, para determinar su internación o el tratamiento ambulatorio

Dentro de los factores de riesgo debemos destacar:

Los del niño:

- ▶ Falta de Lactancia Materna.
- ▶ Vacunación Incompleta
- ▶ Prematurez/Bajo peso al nacer
- ▶ Desnutrición

Los del medio:

- ▶ Hacinamiento

- ▶ Época invernal (otoño/invierno)
- ▶ Asistencia a guardería
- ▶ Analfabetismo de la madre y/o cuidadores
- ▶ Madre adolescente
- ▶ Contaminación ambiental y/o domiciliaria

Para la infección respiratoria baja grave:

- ▶ Menor a 3 meses
- ▶ Inmunodeficiencia
- ▶ Cardiopatías congénitas
- ▶ Enfermedad pulmonar crónica
- ▶ Prematurez/Bajo peso al nacer
- ▶ Desnutrición

Social:

- ▶ Madre soltera
- ▶ Primaria Incompleta de la madre y/o cuidador
- ▶ Vacunación incompleta
- ▶ Controles de salud del niño inadecuados para la edad. (223)

Diarreas:

La diarrea infantil es una enfermedad que se caracteriza por el aumento del número de veces que el niño evacua y por la disminución de la consistencia de las evacuaciones. Las heces pueden ser blandas, líquidas o semi-líquidas, pudiendo tener alto riesgo de deshidratación, producidas generalmente por rotavirus y Escherichia coli.

Hay tres tipos clínicos de enfermedades diarreicas:

- ▶ Diarrea acuosa aguda, que dura varias horas o días, y comprende el cólera;
- ▶ Diarrea con sangre aguda, también llamada diarrea disentérica o disentería; y
- ▶ Diarrea persistente, que dura 14 días o más. (224)

En el anexo de la Actualización sobre criterios de diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en la infancia del Consenso Nacional de la SAP (2003), conceptos a lo que la autora adhiere.

Otras enfermedades: Dentro de otras enfermedades se consideraron: Bronquiolitis, Otitis a repetición, sobrepeso, obesidad

Bronquiolitis: Es un cuadro que expresa una inflamación aguda y difusa de las vías aéreas inferiores, y que se manifiesta con obstrucción de la pequeña vía aérea. Es una patología propia del lactante, con predominio en lactantes menores de 6 meses y prevalente en los meses fríos

Otitis a repetición: Es una de las enfermedades más frecuentes de la infancia, y **una de las principales causas de pérdida de audición en los niños**. Produce dolor de oído (otalgia), irritabilidad y en ocasiones fiebre y otorrea (supuración).

Sobrepeso y Obesidad: Es la acumulación anormal o excesiva de grasa, debido al desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas.

- **Modos de resolución:**

En los casos de los niños que tuvieron algunos de los episodios descritos, el responsable del menor debía informar cómo se resolvió el episodio (tratamiento ambulatorio, internación, tratamiento casero, tratamiento con curandero etc)

Análisis de datos

El presente es un estudio descriptivo-exploratorio-prospectivo, observacional y transversal, abordado metodológicamente desde la complementariedad cuanti-cualitativa. Con los registros obtenidos de los instrumentos presentados se generó una base de datos que se ingresó al programa informático Microsoft ACCESS 2013 (base de datos general) Excel X. e InfoEstat (software estadístico) con el objeto de analizar los factores intervinientes de acuerdo a los objetivos propuestos. Se aplicó desvío estándar; se realizó análisis univariado para describir la distribución y frecuencia de presentación de cada variable y bivariado para analizar el crecimiento de los niños. y la prueba de significación estadística (valor de p) para probar o rechazar la hipótesis

En cuanto al abordaje **cualitativo**, de acuerdo al concepto de Vasilachis de Gialdino, I. (225) los métodos cualitativos suponen y realizan los presupuestos del paradigma interpretativo, partiendo de la necesidad de comprensión del sentido de la acción social en el contexto del mundo de la vida y desde la perspectiva de los participantes.

Rodríguez Gómez, G; Gil Flores, J; García Jiménez, E (226) señalan que la investigación cualitativa estudia la realidad en su contexto natural y cómo sucede, sacando e interpretando fenómenos de acuerdo con las personas implicadas.

Utiliza variedad de instrumentos para recoger información como las entrevistas, imágenes, observaciones, historias de vida, en los que se describen las rutinas y las situaciones problemáticas, así como los significados en la vida de los participantes.

Como enuncia Szasz (227) “En las ciencias sociales contemporáneas se denomina “investigación cualitativa” a aquellos procesos de investigación en que los datos empíricos se obtienen mediante etnografías (en las cuales son elementos centrales la observación y la verificación de datos) o mediante historias de vida, relatos, testimonios o entrevistas individuales y grupales. En este último tipo de material cualitativo, la base para el análisis son los textos obtenidos de las narraciones o diálogos realizados.”

La metodología etnográfica pone su interés en describir, analizar y explicar las creencias y prácticas de un grupo, una familia, una comunidad o una cultura con la finalidad de comprender su configuración, es decir, conocer el modo de vida de esa unidad social concreta, entender cómo vive y piensa, siente y cree un grupo humano. (228)

La limitación temporal y el corte exploratorio y cualitativo de esta investigación hicieron que se estudiara con enfoque etnográfico, aplicando la etnometodología, (229) en cada caso en particular, de un número reducido de unidades individuales, correspondientes a las familias cuidadoras de huérfanos de la mortalidad materna en trance obstétrico del año 2008, como así también las madres vivas y sus niños que surgió del muestreo aleatorio

Dos fueron las técnicas utilizadas durante el trabajo de campo: Observación en terreno y Entrevista semi-estructurada.

Observación en terreno:

La observación es la más antigua y básica fuente del conocimiento humano, desde la percepción fortuita del mundo cotidiano al empleo como técnica de investigación.

Es una metodología cualitativa de recopilación de datos observables que en este caso estuvo conformado por el espacio físico donde vivían, las formas como los utilizaban, el número de personas que vivían en la casa y cómo se distribuían, de qué manera realizaban las actividades cotidianas y como se relacionaban, etc; entre sí, los miembros de las familias cuidadoras y los huérfanos y de las familias que conformaron el muestreo aleatorio. Esta metodología se basa en el seguimiento atento del comportamiento del entrevistado/a, mientras se observa lo que se quiere observar sin perder de vista la comunicación.

Observar científicamente es percibir, detectar, mirar y precisar detenidamente. Cuando se observa científicamente un objeto o un fenómeno, se debe hacer con objetividad y tratando de abarcar todas las dimensiones de lo observado.

La observación en terreno, es una estrategia donde el observador permanece al margen, observando a las personas y los acontecimientos, tratando de interferir lo menos posible, (230) recogiendo los datos sin interrumpir el curso natural de la actividad. Pertenece al grupo de técnicas de investigación cualitativas no participante y permite enriquecer el análisis y la interpretación de lo manifestado por los interlocutores.

A través del relevamiento observado en terreno, se volcaron los datos recogidos en la base de datos sobre: condiciones socio-económicas de ambos grupos. Se tomaron los conceptos básicos desarrollados por el INDEC para el Censo de población y vivienda 2010, (231) que estaban relacionados con los intereses de la investigación (Anexo pag 187-189)

Entrevista semi-estructurada al jefe/a de familias y/o a los/as cuidadores/as de huérfanos y de madres vivas, poniendo énfasis en los menores de 5 años que se mantenían en el núcleo familiar.

Si bien las entrevistas semi-estructuradas son todavía, poco utilizadas en la investigación cualitativa, dado que la recolección de datos o su análisis es subjetivo y difícil; no obstante, la calidad de la información obtenida es, a veces, muy distinta de la que se logra en cuestionarios convencionales de preguntas cerradas, haciéndolas especialmente adecuadas en algunos casos - como el que nos ocupa- por favorecer las apreciaciones, los matices y empleo de argumentaciones específicas por parte de los sujetos entrevistados.

Las entrevistas realizadas buscaron profundizar en la descripción y/o referencias que los interlocutores/as, hacían sobre diferentes tópicos explicitados en los ítems pre-fijados y en las particularidades de las experiencias personales y/o familiares a las que aludían los responsables de los huérfanos y no huérfanos, cuyos menores de cinco años se mantenían en el núcleo familiar, analizando y tratando de identificar dimensiones significativas que dieran cuenta de sus representaciones sociales, para captar sus propias vivencias.

Este enfoque parte de la preocupación de la autora por comprender a través del análisis de la conversación, los propios puntos de vista de los sujetos involucrados en la problemática investigada, aplicando la entrevista etnográfica, para conocer lo que la gente hace, sabe, piensa y cree. Con el fin de conocer sus hábitos y costumbres. La propuesta se generó a partir de la necesidad de valorar el contexto socio-familiar de forma amplia, flexible y con la posibilidad de incorporar matices. Esta estrategia es apropiada si el objetivo consiste en captar las enunciaciones y los significados que los propios sujetos asignan a las situaciones que vivieron y viven y a sus propias conductas.

Dada la naturaleza del objeto de estudio y tomando en cuenta que los actores en tanto sujetos sociales modelan sus prácticas en relación a las imágenes del mundo que los rodea, esta investigación cuanti-cualitativa permitió abordar desde la mirada cualitativa con enfoque etnográfico, la problemática en estudio

En este caso la entrevista semi-estructurada obedece a una guía compuesta por 15 preguntas, elaboradas y utilizadas por la investigadora, para ambos grupos, con la intención de indagar sobre las representaciones y vivencias que tienen los sujetos involucrados sobre los huérfanos y no huérfanos. La guía ha funcionado como un instrumento orientador en la situación de entrevista, aclarando conceptualmente las dimensiones en torno a las que giraba la investigación y contribuyendo en la tarea propia de mi trabajo como entrevistadora

En el encuentro, la guía permitió a los informantes, que se expresaran libremente sobre algunos temas en particular o profundizaran otros, elaborando sus opiniones, o cambiando de tópico, propuesto por el entrevistador

La pertinencia de este instrumento cuenta con la ventaja de permitir el surgimiento de lo imprevisto como material de análisis y aunque contaba con una guía temática, no pretendió estructurar el proceso de asociación y memorización del interlocutor.

En cada entrevista se intentó lograr un intercambio flexible y fluido con el entrevistado/a de manera que poco a poco, fuera surgiendo la conversación cuya ilación y secuencia se desarrollaron a partir de las respuestas de los referentes y de las preguntas del entrevistador. Esta pauta prevaleció como un objetivo constante a lo largo de la labor de campo, permitiendo el acercamiento de los informantes. No obstante, no fue posible soslayar el carácter diferencial que esta dinámica asumió en cada una de las entrevistas.

Por tener la entrevista, un apoyo claro en la secuencia de las preguntas, facilitó el abordaje y aseguró, que la hipótesis o el supuesto fuera abarcado en la conversación.

Los Ítems que componían las entrevistas semi-estructuradas para los jefes/as de familias y/o cuidadores de los huérfanos fueron: (232)

Entrevista Semi-estructurada
Item 1: <i>Quien está a cargo actualmente de los niños?</i>
Item 2: <i>Qué información recibió sobre el estado de salud de la madre al ingresar al hospital?</i>
Item 3: <i>Sabe de qué murió la mamá?</i>
Item 4: <i>Cuántos niños tenía? Cuáles son sus edades? Van a la escuela?</i>
Item 5: <i>Qué trabajo hacía la madre?</i>
Item 6: <i>Con quién vivían los niños antes de la muerte de la madre?</i>
Item 7: <i>Quien explicó a los niños sobre la muerte de la madre?</i>
Item 8: <i>Algún niño se encuentra al cuidado de otra familia?</i>
Item 9: <i>El padre vive con los niños? Hizo pareja nuevamente? Hace mucho?</i>
Item 10: <i>La mamá llevaba a los niños a control o solamente cuando se enfermaban?</i>
Item 11: <i>Que ha notada diferente con respecto a los niños desde que murió la madre?</i>
Item 12: <i>Cómo vive Ud el cuidado de los niños?</i>
Item 13: <i>De qué manera afectó sus ingresos al hacerse cargo de los niños?</i>
Item 14: <i>Todos los niños son aceptados por todos los integrantes de la familia?</i>
Item 15: <i>Luego de la muerte de la madre, falleció algún menor de 5 años? Si fue así: de qué murió?</i>

Los Ítems que componían las entrevistas semi-estructuradas para los jefes/as de familia o cuidadores de los niños de madres vivas fueron:

Entrevista Semi-estructurada
Item 1: <i>Quien está a cargo de los niños? Con quienes viven actualmente?</i>
Item 2: <i>Algún niño se encuentra al cuidado de otra familia?</i>
Item 3: <i>Cuántos son? Cuáles son sus edades? Van a la escuela? ¿A que grados?</i>
Item 4: <i>Realizan actividades fuera del horario escolar? ¿Cuáles?</i>
Item 5: <i>El niño menor de 5 años es llevado a control médico? ¿Con qué frecuencia?</i>
Item 6: <i>Qué hacen cuando se enferma?</i>
Item 7: <i>A quien/donde acuden? ¿Quién se hace cargo?</i>
Item 8: <i>Asisten a algún centro de salud u, hospital, para realizar una consulta?</i>
Item 9: <i>Cómo describiría el carácter/comportamiento del niño menor de 5 años?</i>
Item 10: <i>Cómo es la relación del niño con el resto de la familia? (padres, tios, hermanos, abuelos etc)</i>
Item 11: <i>Cuál es el comportamiento de sus hijos frente al niño menor de 5 años?</i>
Item 12: <i>Están más unidos, pelean más?</i>
Item 13: <i>Es beneficiario de algún plan de asistencia económica por parte del gobierno (nacional, provincial, municipal)</i>
Item 14: <i>De qué manera afectó sus ingresos el nacimiento del menor de 5 años?</i>
Item 15: <i>En su familia falleció algún menor de 5 años? Si fue así: de qué murió?</i>

Capítulo III

RESULTADOS.

En el año 2008, se produjeron en el Servicio de Maternidad del hospital de referencia 6066 partos, con 5539 RNV; falleciendo 16 mujeres en trance obstétrico (2,88%) para este servicio. La edad media fue de 26 años \pm 7,41 con rango entre 14 y 36 años.

Teniendo en cuenta los objetivos planteados se presentan los siguientes resultados:

1- Descripción de las mujeres fallecidas en trance obstétrico 2008.

Los resultados muestran que el 25% de las mujeres fallecidas eran adolescentes, en comparación al 75% que eran mayores de 20 años ($p < 0.03$). Los datos se muestran en la Fig. 1. Se visualiza en la Fig 2 que el 87,5% de las madres fallecidas procedían del interior de la provincia, en comparación con el 12,5% del área capital ($p < 0.02$). Además se objetivó que el 68,75% mantenían un vínculo estable en pareja, el 25% eran solteras y solo una casada (6,25%) ($p < 0.02$, en ambos casos). Los resultados se muestran en la fig 3

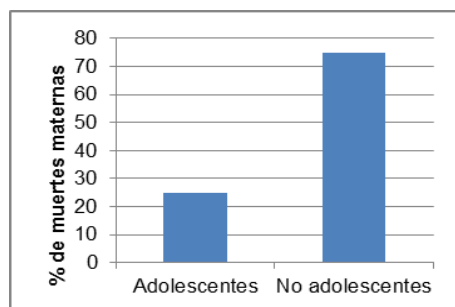


Figura 1: Distribución de muertes maternas según clasificación, Hospital Regional "Dr. Ramón Carrillo". Santiago del Estero, capital 2008. N=16.

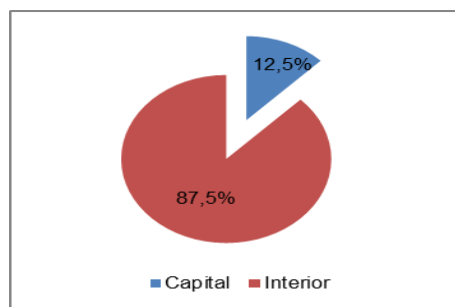


Figura 2: Distribución de la residencia de las muertes maternas. Hospital Regional "Dr. Ramón Carrillo". Santiago del Estero, capital 2008. N=16

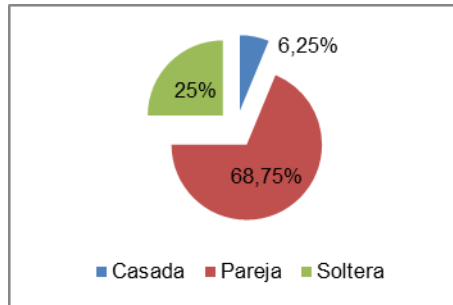


Figura 3: Distribución del estado civil de las muertes maternas., Hospital Regional “Dr. Ramón Carrillo”. Santiago del Estero, capital 2008. N=16

La actividad laboral de las madres fallecidas se distribuían: un 75% amas de casa, un 12,5% eran empleadas domésticas y el resto 6,25% entre estudiantes y niñeras, predominando significativamente el rol de ama de casa con respecto a las otras ocupaciones ($p < 0.001$) respectivamente. La figura 4 muestra la actividad laboral de las madres fallecidas.

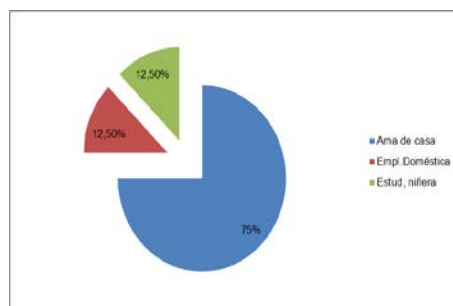


Figura 4: Distribución de ocupación laboral de las muertes maternas. Hospital Regional “Dr. Ramón Carrillo”. Santiago del Estero, capital 2008. N=16

Por otra parte, respecto a la escolaridad, independientemente de la edad; el 81,25% había cursado el primario incompleto, sobre el primario completo (9,37%) y secundario Incompleto (9,37%) ($p < 0.001$ respectivamente) como lo muestra la Fig. 5,

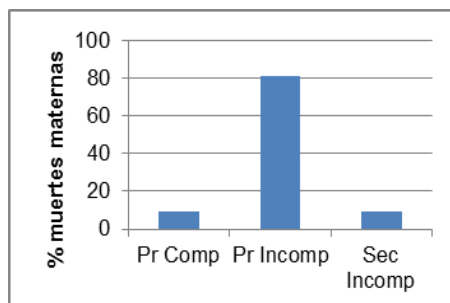


Figura 5: Distribución de la escolaridad de las muertes maternas. Hospital Regional “Dr. Ramón Carrillo”. Santiago del Estero, capital 2008. N=16

Respecto a la distribución geográfica los departamentos más afectados fueron General Taboada (25%) Banda (18,75%), Salavina (12,5%) y Capital (12,5%), en comparación a las otras áreas departamentales (6,25%) restantes. ($p < 0.03$) (Fig 6)

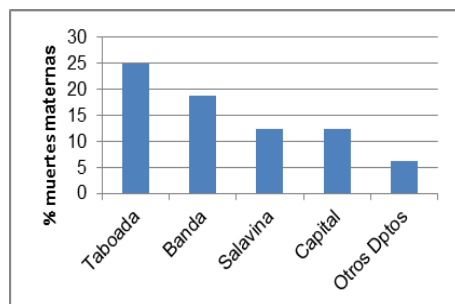


Figura 6: Distribución muertes maternas, según departamentos, Hospital Regional “Dr. Ramón Carrillo”. Santiago del Estero, capital 2008. N=16

Cabe destacar que la causa primera de muerte de las pacientes fallecidas en trance obstétrico fueron los abortos inseguros (43,75%) sobre los otros desencadenantes como hemorragias postparto (31,25%), desprendimiento normo-placentario (6,25%), expulsivo prolongado (6,25%); rotura hepática (6,25%) y sepsis (6,25%), no observando diferencia significativa entre estas últimas causas de muerte; pero sí con respecto a las dos primeras causas ($p < 0.02$) (Tabla 1)

Departamento	Muertes maternas						Total
	Grupo de causas						
	Abortos sépticos	Hemorr postparto	Desprend. normoplac	Expulsivo prolong	Rotura Hepática	Sepsis (emb.8m)	
Alberdi		6,25					6,25
Banda	12,5				6,25		18,75
Capital		12,5					12,5
Choya	6,25						6,25
Juan F. Ibarra		6,25					6,25
Moreno						6,25	6,25
San Martín	6,25						6,25
Salavina	12,5						12,5
Taboada	6,25	6,25	6,25	6,25			25
Total	43,75%	31,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	100%

Tabla 1: Distribución de muertes maternas, por grupo de causas según departamento., Hospital Regional “Dr. Ramón Carrillo”. Santiago del Estero, capital 2008. N=16

Del 100% de los partos que culminaron con las muertes maternas el 50% fueron cesáreas, no objetivando diferencias significativas con abortos sépticos, como lo muestra la fig 7.

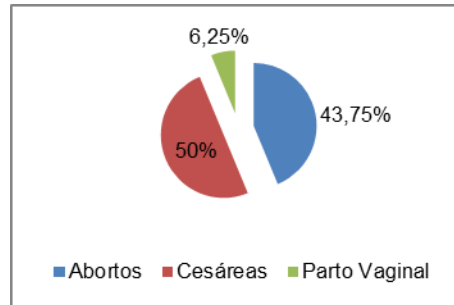


Figura 7: Distribución de muertes maternas según terminación del parto Hospital Regional “Dr Ramón Carrillo”. Santiago del Estero, capital 2008. N=16

Entre las mujeres jóvenes fallecidas por aborto séptico el 25% no tenían hijos previos en comparación al 6,25% de las muertes por la misma causa que sí tenían hijos previos. Cabe destacar que las mujeres fallecidas de edades superiores a los 26 años, tenían en conjunto una totalidad 44 hijos. Como consecuencia del fallecimiento de estas madres en proceso reproductivo en 2008; se observó que fueron 51 niños que quedaron huérfanos, según muestra la Fig 8

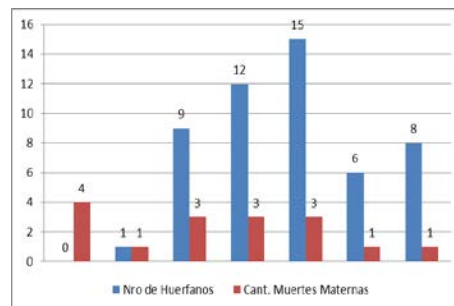


Figura 8: Distribución de número de huérfanos por madre fallecida, Hospital Regional “Dr. Ramón Carrillo”. Santiago del Estero, capital 2008. N=16

En el análisis de estos resultados se observa que el 25% no dejó hijos vivos; el 6,25% dejó un huérfano, el 18,75% dejó 9 hijos vivos, otro 18,75% de madres fallecidas dejaron 12 hijos huérfanos y 15 huérfanos, respectivamente; mientras que otro 6,75% dejó 6 hijos y otro porcentaje igual dejó 8 hijos vivos.

2.- Descripción de madres vivas del muestreo aleatorio estratificado, que al momento de la entrevista tenían hijos menores de 5 años que se mantenían en el núcleo familiar.

Al analizar los resultados referentes a madres vivas con respecto a la edad, se observó que también eran mujeres jóvenes. Sobre la totalidad; el 64,28% correspondían al grupo etario entre 18 y 37 años, no habiendo diferencias significativas respecto a las madres fallecidas (Fig 9)

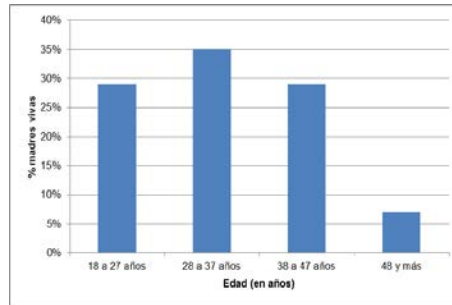


Figura 9: Distribución de la edad de las madres vivas, con niños menores de 5 años que se mantenían en el núcleo familiar, Santiago del Estero 2013. N=14

Al estudiar el estado civil se observó que el 71,42% vivían en pareja, mientras que el 21,42% eran solteras y solo el 7,14% casadas; mostrando una diferencia significativa ($p < 0,02$) entre las que vivían como grupo familiar con respecto a las familias monoparentales. (Fig 10)

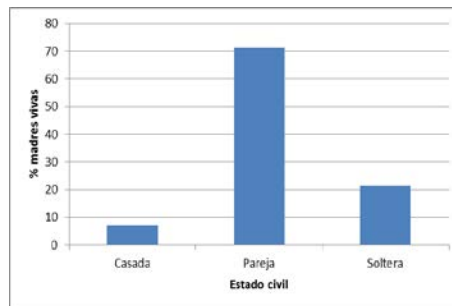


Figura 10: Distribución del estado civil de madres vivas, con niños menores de 5 años que se mantenían en el núcleo familiar. Santiago del Estero 2013 N=14

Similar comportamiento se observó respecto al grado de escolarización entre las madres fallecidas y madres vivas, ya que éstas últimas solo un 7,14% habían completado los estudios primarios, mientras que el 92,86% no había terminado el nivel primario. ($p < 0,01$) (Fig 11)

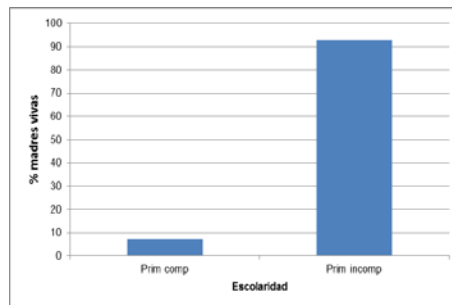


Figura 11: Distribución de la escolaridad de las madres vivas, con niños menores de 5 años que se mantenían en el núcleo familiar. Santiago del Estero 2013 N=14

También se objetivó que las madres vivas procedían del interior e incluso de los mismos departamentos que de las madres fallecidas. Sin embargo si hubo diferencias significativas en relación a la terminación del parto entre las madres fallecidas en comparación con las madres vivas

que predominó el parto vaginal (71,42%) con respecto al 28,47% de partos cesáreos de madres fallecidas. (<0.0001) (Fig 12)

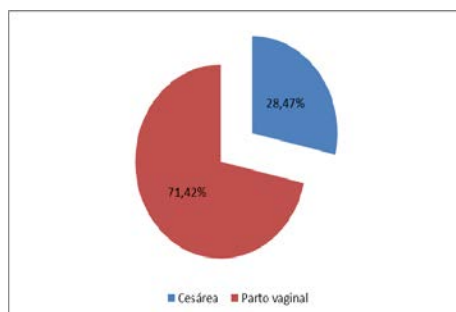


Figura 12: Distribución de la terminación del parto de madres vivas, con niños menores de 5 años que se mantenían en el núcleo familiar. Santiago del Estero 2013 N=14

No hubo diferencias significativas entre el número de hijos (51) de madres fallecidas en comparación con los hijos de madres vivas (59)

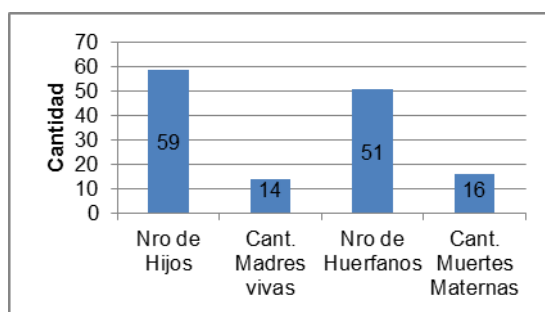


Figura 13: Distribución de hijos vivos de madres fallecidas y madres vivas, con niños menores de 5 años que se mantenían en el núcleo familiar Santiago del Estero 2013 N=14

3.- Descripción de las condiciones socio-económica de las familias cuidadoras de huérfanos menores de 5 años, de madres fallecidas en 2008

Los huérfanos eran cuidados en hogares extendidos en un 75% en relación a los que vivían en hogares nucleares (25%) (p<0.01) Fig 14)

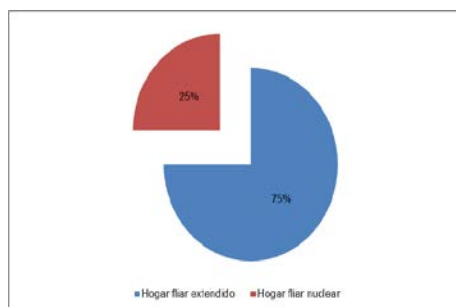
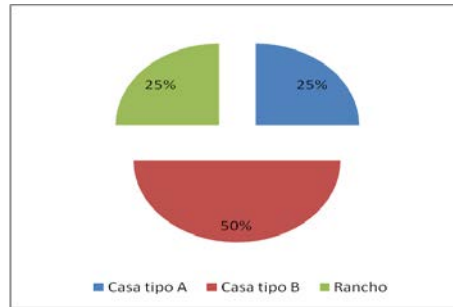


Figura 14: Distribución de familias de la mortalidad materna, según estructura familiar. Hospital Regional "Dr. Ramón Carrillo". Santiago del Estero, capital 2008. N=16

Además la mayoría de las familias cuidadoras, vivían en casas con pisos de tierra/ladrillos sueltos o material precario, y también carecían de agua potable. En cuanto a la distribución del tipo de vivienda era un 50% Tipo B; un 25% vivían en casa tipo A y un 25% en ranchos (Fig 15)



Fuente: Clasificación INDEC. Censo 2010

Figura 15: Distribución del tipo de viviendas de las familias de la mortalidad materna. Hospital Regional “Dr. Ramón Carrillo”. Santiago del Estero, capital 2008 N=16

El 62.5% de las familias se proveían de agua, no siempre potable, fuera de la vivienda pero dentro del terreno. Un 6,25% de grifo público; un 31,25% tenían agua por cañerías instaladas en el hogar; lo cual muestra una diferencia significativa ($p < 0.02$) a cerca de la mala provisión de agua (Fig 16)

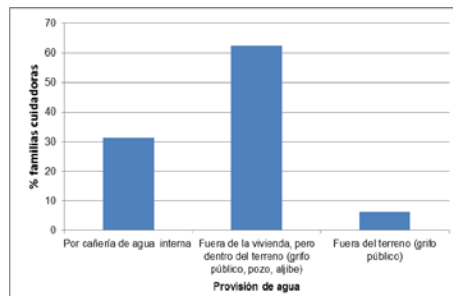


Figura 16: Distribución de provisión de agua de las familias de la mortalidad materna Hospital Regional “Dr. Ramón Carrillo”. Santiago del Estero, capital 2008. N=16

Completando este escenario de necesidades básicas no satisfechas, estas mismas familias poseían como acceso sanitario la letrina (Fig 17)

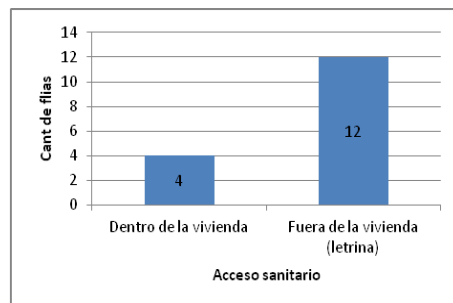


Figura 17: Distribución del acceso sanitario a la vivienda de las familias de la mortalidad materna, Hospital Regional “Dr. Ramón Carrillo”. Santiago del Estero, capital 2008. N=16

Las familias de los huérfanos oscilaban entre 3 y 10 personas incluyendo adultos y niños (Fig 18)

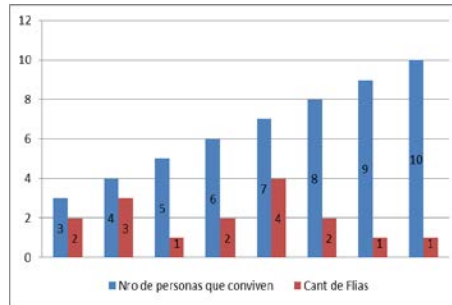
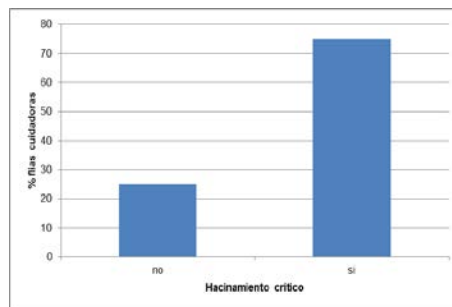


Figura 18: Distribución de personas convivientes en las familias de la mortalidad materna,. Hospital Regional “Dr. Ramón Carrillo”. Santiago del Estero, capital 2008 N=16

El 75% de estas familias cuidadoras de huérfanos vivían en hacinamiento crítico, en comparación a un 25% que tenían una mejor calidad de vida ($p<0.02$) (Fig 19)



Fuente: Clasificación de hacinamiento INDEC (Censo 2010)

Figura 19: Distribución de hacinamiento crítico en las familias de la mortalidad materna. Hospital Regional “Dr. Ramón Carrillo”. Santiago del Estero, capital 2008 N=16

Los resultados anteriormente mencionados están en relación directa con el nivel de ingresos de dichos familiares, de los cuales el 43,75% aportaba al hogar entre \$2000 a \$2500 mensuales, solo un 12,5% entre \$4500 y \$5000; y el 12,5% restante de los grupos familiares oscilaban con aportes entre \$ 1500 a \$4000, cuando para el año 2008 la canasta básica estaba en \$5003,25 (Fig 20)

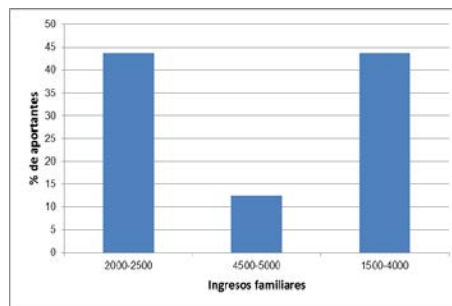


Figura 20: Distribución de ingresos (\$) de las familias de la mortalidad materna Hospital Regional “Dr. Ramón Carrillo”. Santiago del Estero, capital 2008 N=16

El 62,5% no tenía acceso a la protección social, ni tampoco beneficios por programas sociales en comparación a otras familias (37,5%) que cobraban pensiones, jubilaciones u otra ayuda estatal ($p<0.02$) (Fig 21)

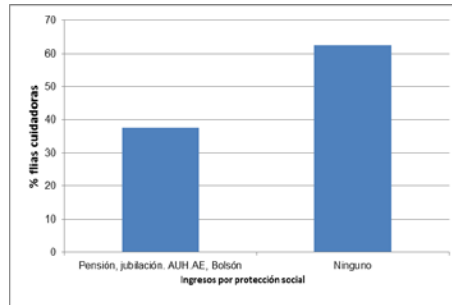
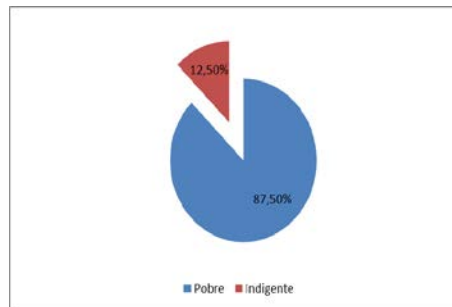


Figura 21: Distribución de ingresos por programas de protección social de las familias de la mortalidad materna, Hospital Regional "Dr. Ramón Carrillo". Santiago del Estero, capital 2008 N=16

En relación a los datos presentes se observa que el 87,5% de las familias eran pobres respecto al 12,5% que eran indigentes ($p < 0.01$) (Fig 22)



Fuente: Informe INDEC agosto 2011

Figura 22: Distribución del tipo de familias de la mortalidad materna. Hospital Regional "Dr. Ramón Carrillo". Santiago del Estero, capital 2008 N=16

En síntesis, el 100% de los huérfanos vivían en condiciones precarias.

4.- Descripción de las condiciones socio-económico de las familias de madres vivas del muestreo aleatorio estratificado, que al momento de la visita tenían hijos menores de 5 años que se mantenían en el núcleo familiar

No se encontraron diferencias significativas entre las madres vivas que vivían en hogares extendidos (57,14%) con respecto a los que tenían familias nucleares (42,85%) (Fig 23)

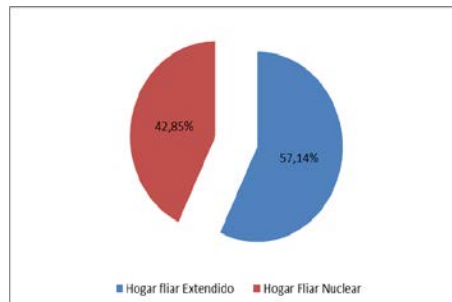


Figura 23: Distribución de la estructura familiar de las familias de madres vivas, con niños menores de 5 años que se mantenían en el núcleo familiar.. Santiago del Estero. 2013 N=14

Tampoco se observó diferencia significativa entre las familias que vivían en casa tipo A (42,85%) y en casas tipo B (42,85%), si, con respecto a los que moraban en ranchos (14, 28%) ($p < 0.02$, en

ambos casos) Cuando se compara con el tipo de vivienda de madres fallecidas se observó que las mismas vivían en un 25% en ranchos con respecto a las familias de madres vivas que solo un 14,28% vivían en esas condiciones. (Fig 24)

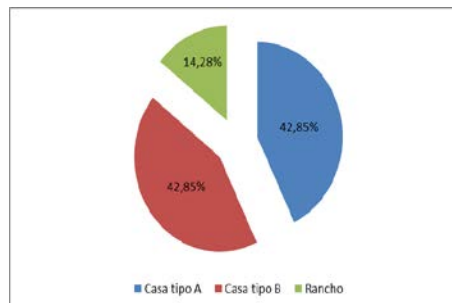


Figura 24: Distribución del tipo de vivienda de las familias de madres vivas, con niños menores de 5 años que se mantenían en el núcleo familiar. Santiago del Estero. 2013 N=14

Similar comportamiento tuvieron las familias de madres fallecidas y vivas con respecto al agua potable. (Fig 25)

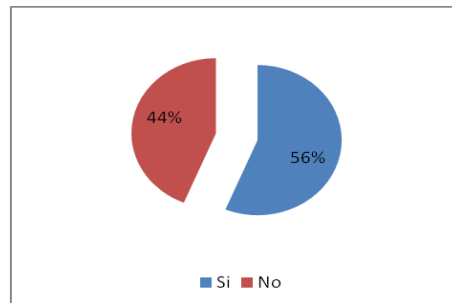


Figura 25: Distribución del acceso al agua potable de las familias de madres vivas, con niños menores de 5 años que se mantenían en el núcleo familiar. Santiago del Estero. 2013 N=14

Tampoco hubo diferencias significativas entre familias de madres vivas y fallecidas con respecto a la provisión de agua, pues tanto en un grupo como en el otro el 78,57% se proveía de agua (potable o no) por fuera de la vivienda (Fig 26) y también el 78,57% tenían como acceso sanitario una letrina.

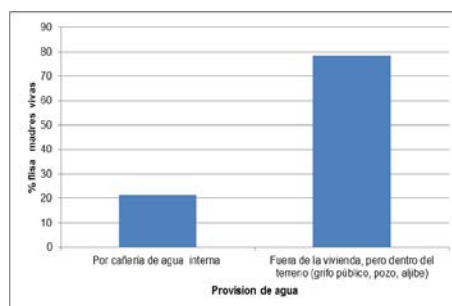


Figura 26: Distribución de provisión de agua al hogar en las familias de de madres vivas, con niños menores de 5 años que se mantenían en el núcleo familiar, Santiago del Estero 2013 N=14

Tanto las familias de madres vivas como las familias cuidadoras de huérfanos eran familias numerosas (promedio de 6 personas) (Fig 27)

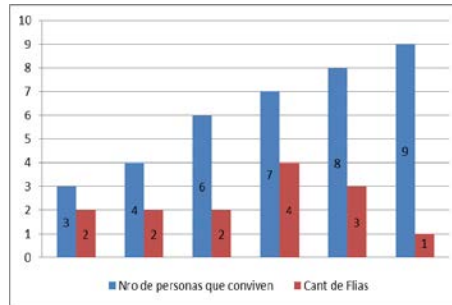
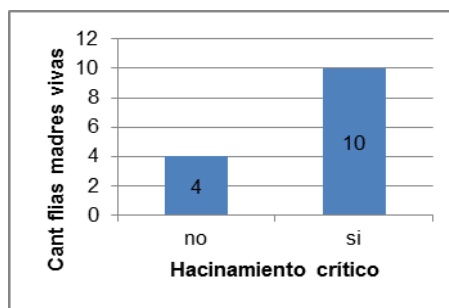


Figura 27: Distribución del número de convivientes en las familias de madres vivas, con niños menores de 5 años que se mantenían en el núcleo familiar, Santiago del Estero. 2013 N=14

Las familias de madres vivas, con menores de 5 años que se mantenían en el núcleo familiar vivían en hacinamiento crítico (Fig 28)



Fuente: Clasificación INDEC. Censo 2010

Figura 28: Distribución del hacinamiento de las familias de de madres vivas, con niños menores de 5 años que se mantenían en el núcleo familiar. Santiago del Estero. 2013 N=14

Según los ingresos familiares, el mayor número de personas aportaban entre \$ 2500-3500. (Fig 29)

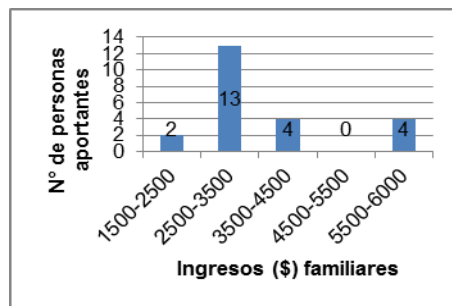


Figura 29: Distribución de ingresos familiares (\$) de aportantes de familias de madres vivas, con niños menores de 5 años que se mantenían en el núcleo familiar. Santiago del Estero. 2013 N=14

Solo un escaso número de familias de madres vivas, recibían protección social., al igual que las familias cuidadoras de huérfanos (Fig 30)

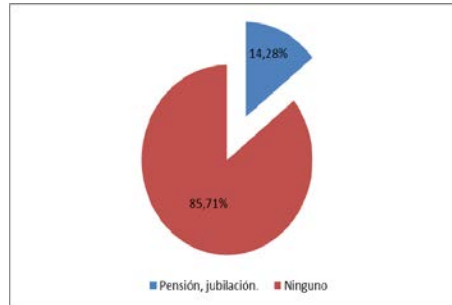


Figura 30: Distribución de la protección social en las familias de de madres vivas, con niños menores de 5 años que se mantenían en el núcleo familiar.) Santiago del Estero. 2013 N=14

En relación a la capacidad económica de las familias de madres vivas, se observó que solo la mitad de ellas recibían beneficios sociales (Fig 31)

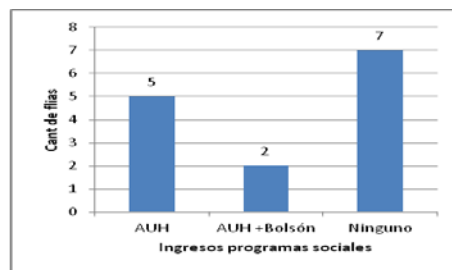
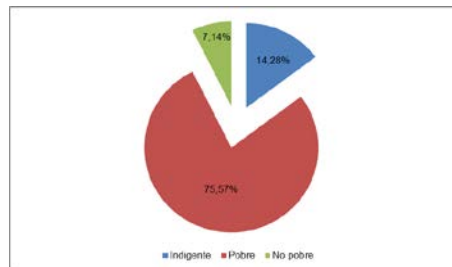


Figura 31: Distribución de ingresos por programas sociales en familias de de madres vivas, con niños menores de 5 años que se mantenían en el núcleo familiar. Santiago del Estero 2013 N=14

Las familias de madres vivas en su mayoría eran familias pobres al 2013. (Fig 32)



Fuente: Informe INDEC agosto 2013

Figura 32: Distribución del tipo de familia de las familias de de madres vivas, con niños menores de 5 años que se mantenían en el núcleo familiar Santiago del Estero 2013 N=14

Cuando se estudió el número de hijos por familias, se observó que la mayoría de estas familias eran numerosas, con un promedio de 5 hijos por familia (Fig 33)

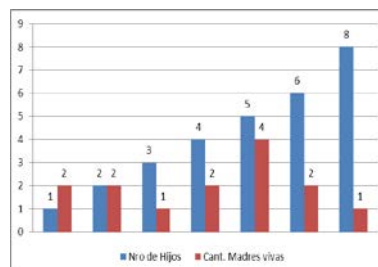
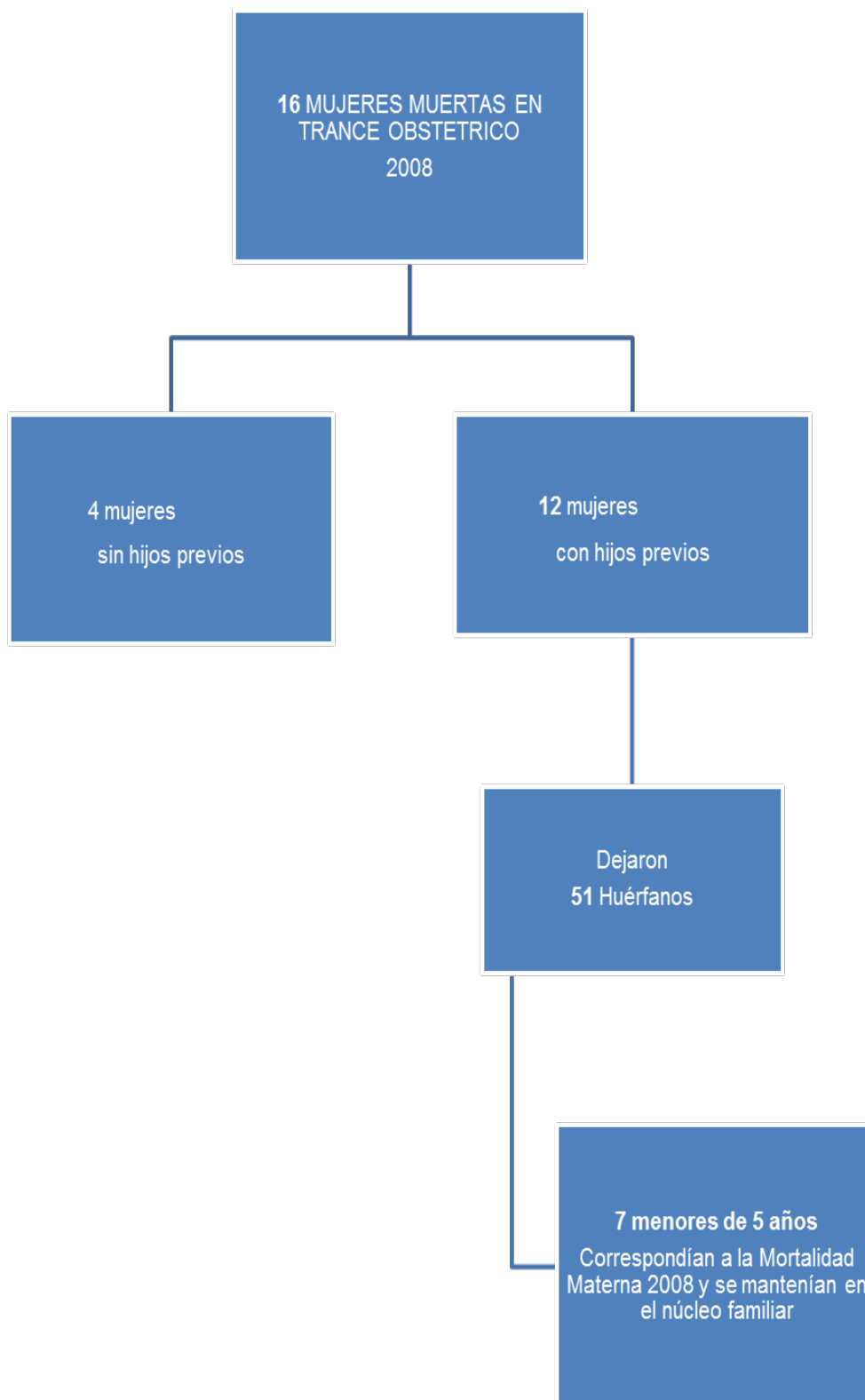


Figura 33: Distribución del número de hijos familias de de madres vivas, con niños menores de 5 años que se mantenían en el núcleo familiar. Santiago del Estero 2013 N=14

5.- Descripción de la situación de salud-enfermedad de los huérfanos sobrevivientes menores de 5 años de la mortalidad materna 2008 que se mantenían en el núcleo familiar.



Área Demográfica

La distribución por género reflejó predominio del sexo masculino, sobre el femenino (Fig 34)

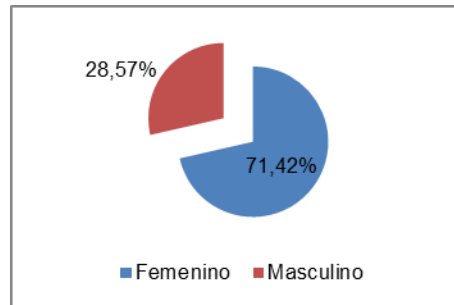


Figura 34: Distribución del sexo de los huérfanos, menores de 5 años, de las muertes maternas. Hospital Regional "Dr. Ramón Carrillo". Santiago del Estero, capital 2008 N=7

Al momento de las entrevistas sobresalían los mayores de 4 años. (Fig 35)

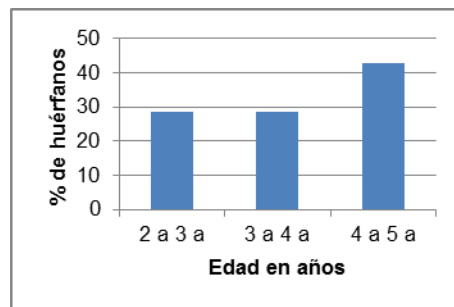


Figura 35: Distribución de la edad de los huérfanos de muertes maternas menores de 5 años Hospital Regional "Dr. Ramón Carrillo". Santiago del Estero, capital 2008. N= 7

Área salud-enfermedad

Estado de Salud: Crecimiento

Al evaluar el peso y la talla de los menores huérfanos de 5 años, se observó que dos niños presentaban bajo peso y baja talla para la edad. (Fig 36, 37)

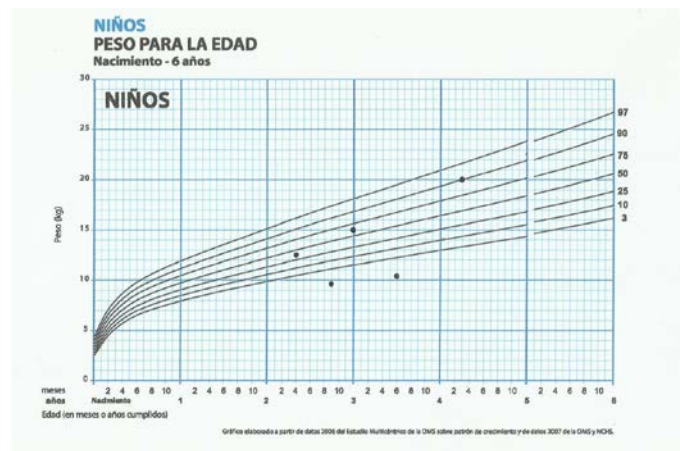


Figura 36: Peso de los niños huérfanos de la mortalidad materna, menores de 5 años. Hospital Regional "Dr. Ramón Carrillo". Santiago del Estero, capital 2008. N= 5

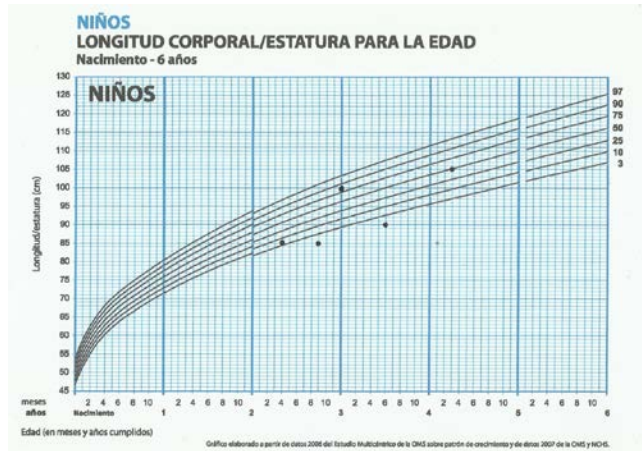


Figura 37: Talla de los niños huérfanos de la mortalidad materna, menores de 5 años. Hospital Regional “Dr. Ramón Carrillo”. Santiago del Estero, capital 2008. N= 5

En relación a las niñas huérfanas, de la mortalidad materna 2008, la totalidad se encontraban con peso acorde a la edad, pero con baja talla (Fig 38, 39)

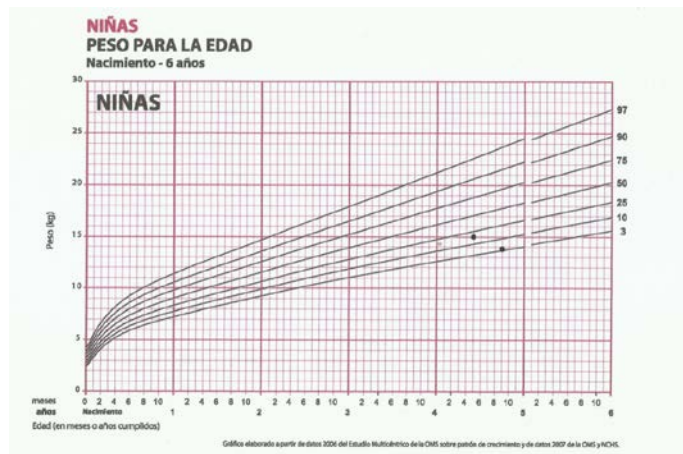


Figura 38: Peso de las niñas huérfanas de la mortalidad materna, menores de 5 años Hospital Regional “Dr. Ramón Carrillo”. Santiago del Estero, capital 2008. N= 2

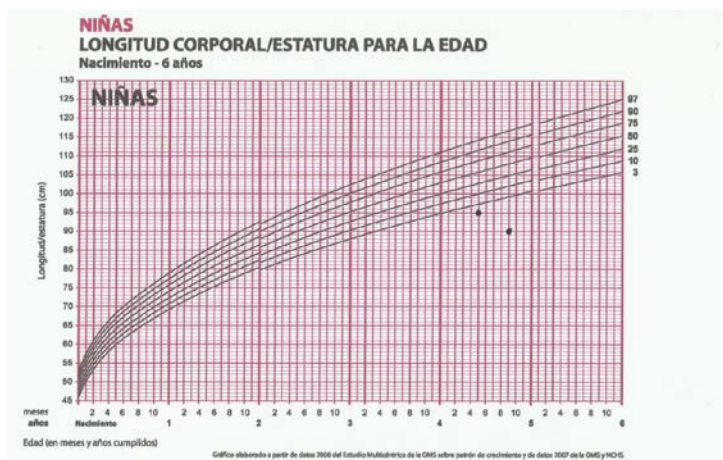


Figura 39: Talla de las niñas huérfanas de la mortalidad materna, menores de 5 años. Hospital Regional “Dr. Ramón Carrillo”. Santiago del Estero, capital 2008. N= 2

Al evaluar el Índice de Masa Corporal, (IMC) de los niños huérfanos, se observó que dos niños estaban por debajo del P3 y uno por sobre el P97. Las niñas se hallaban en el canal armónico (Fig 40, 41)

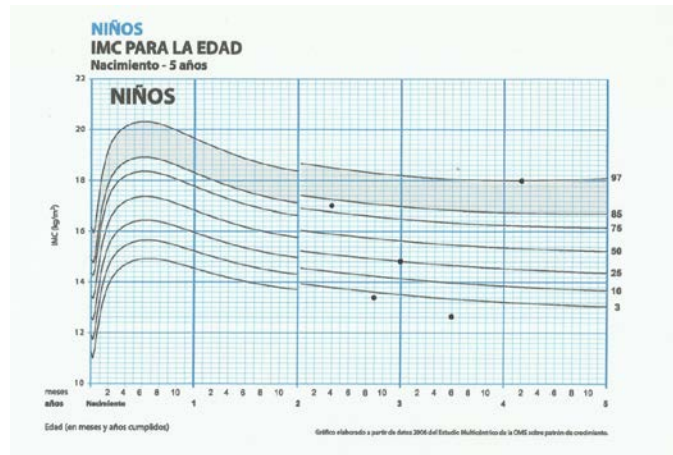


Figura 40: Índice de Masa Corporal (IMC) de los niños huérfanos de la mortalidad materna, menores de 5 año Hospital Regional “Dr. Ramón Carrillo”. Santiago del Estero, capital 2008. N= 5

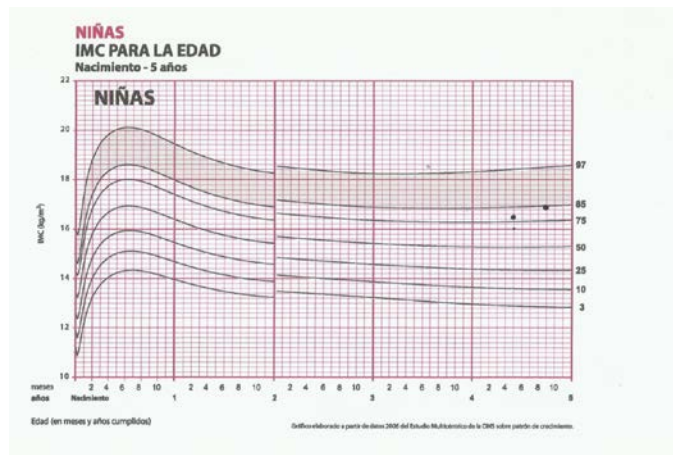


Figura 41: Índice de Masa Corporal (IMC) de las niñas huérfanas menores de 5 años.(niños/niñas) Hospital Regional “Dr. Ramón Carrillo”. Santiago del Estero, capital 2008. N= 2

En relación al estado nutricional de los huérfanos menores de 5 años, se observó que dos de los niños se encontraban desnutridos y uno con sobrepeso. (Tabla 2)

Huérf	Sexo	Peso	Talla	IMC	Diagnóstico
1	M	Bajo	Baja	Bajo	Desnutrido (*)
2	M	Acorde	Acorde	Acorde	Eutrófico
3	M	Bajo	Baja	Bajo	Desnutrido (*)
4	M	Acorde	Acorde	Acorde	Eutrófico
5	M	Acorde	Acorde	Aumentado	Sobrepeso
6	F	Acorde	Baja	Acorde	Eutrófico
7	F	Acorde	Baja	Acorde	Eutrófico

Tabla 2: Huérfanos menores de 5 años, según estado nutricional. Hospital Regional “Dr. Ramón Carrillo”. Santiago del Estero, capital 2008. N= 7

(*) Ambos niños fueron clasificados como Desnutridos Crónicos Reagudizados según peso/edad, peso/talla, talla/edad. Para una evaluación correcta se deben realizar mediciones

Vacunación

Se comprobó que más de la mitad de los huérfanos no tenía carnet de vacunación al día (Fig 42)

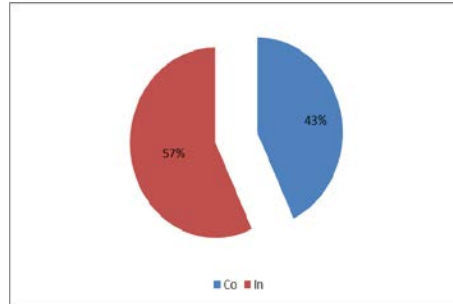


Figura 42: Distribución del estado de vacunación de los huérfanos de la mortalidad materna, menores de 5 años. Hospital Regional "Dr. Ramón Carrillo". Santiago del Estero, capital 2008. N= 7

Desarrollo

El 100% de los huérfanos desarrolló el área personal social; en motricidad fina y gruesa (85,71%) en ambos casos y en el área lenguaje el 57,14% acorde a edad/norma (Fig 43)

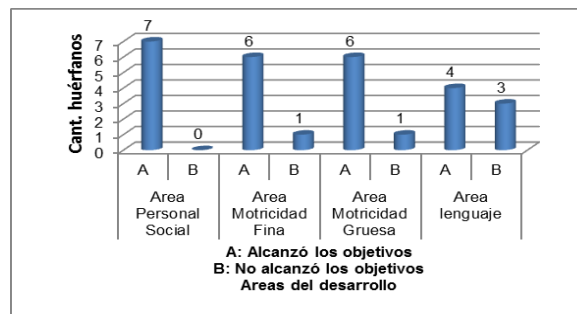


Figura 43: Distribución de las áreas del desarrollo de los huérfanos de la mortalidad materna, menores de 5 años. Hospital Regional "Dr. Ramón Carrillo". Santiago del Estero, capital 2008 N= 7

Enfermedades prevalentes de la infancia

En enfermedades respiratorias agudas, predominó la Bronquitis Obstructiva Recidivante (BOR) en el 57,14% de los casos (Fig 44)

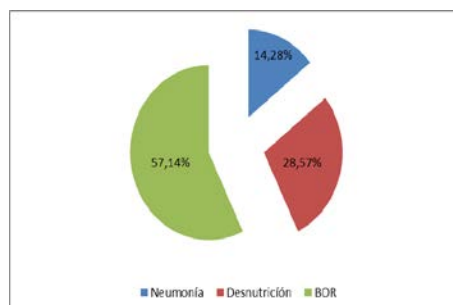


Figura 44: Distribución de enfermedades prevalentes padecidas en los huérfanos de la mortalidad materna, menores de 5 años. Hospital Regional "Dr. Ramón Carrillo". Santiago del Estero, capital 2008 N= 7

El 28,57% nunca había tenido episodios de diarrea aguda; mientras que el 71,42%, había tenido entre 2 y 3 veces en el año. (Fig 45)

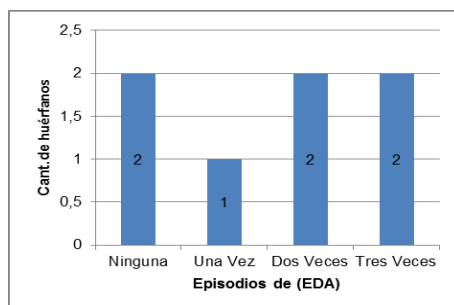


Figura 45: Distribución de los episodios de diarreas agudas padecidas en huérfanos de la mortalidad materna, menores de 5 años. Hospital Regional "Dr. Ramón Carrillo". Santiago del Estero, capital 2008 N= 7

6.- Descripción de la situación de salud-enfermedad de los niños menores de 5 años de madres vivas del muestreo aleatorio estratificado que se mantenían en el núcleo familiar

Área demográfica

Al momento de la entrevista, predominaban los mayores de 4 años (promedio 3 a y 4 m). (Fig 46)

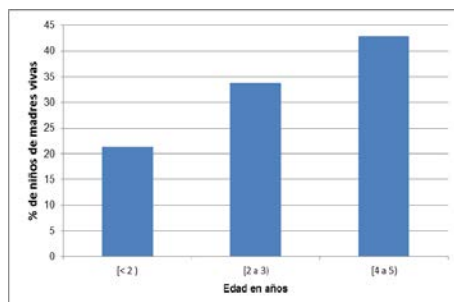


Figura 46: Distribución de la edad de los niños menores de 5 años de madres vivas que se mantenían en el núcleo familiar. Santiago del Estero 2013 N=14

Área salud-enfermedad

Estado de Salud: Crecimiento

Los niños y niñas, menores de 5 años de madres vivas se encontraban con peso acorde a la edad. Un niño con talla por debajo de P3 y una niña con talla sobre el P3. (Fig 47, 48). Todas las niñas se encontraban en el canal armónico (Fig 49, 50)

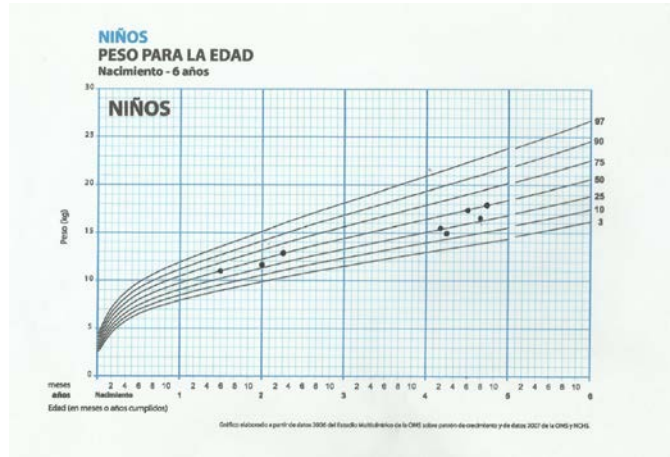


Figura 47 *Peso de los niños menores de 5 años de madres vivas que se mantenían en el núcleo familiar Santiago del Estero 2013 N=8*

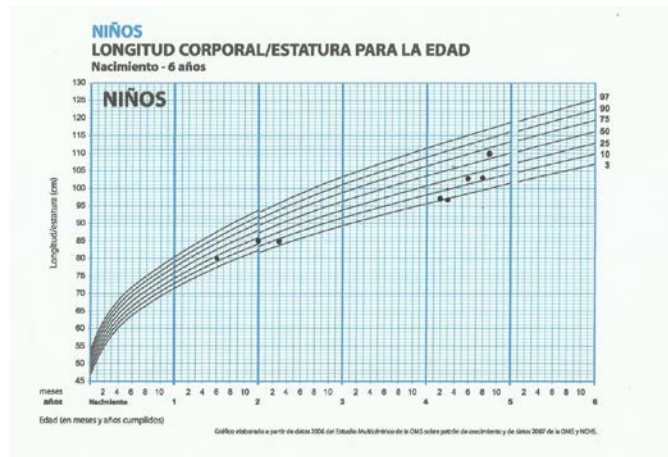


Figura 48: *Talla de los niños menores de 5 años de madres vivas que se mantenían en el núcleo familiar . Santiago del Estero 2013 N=*

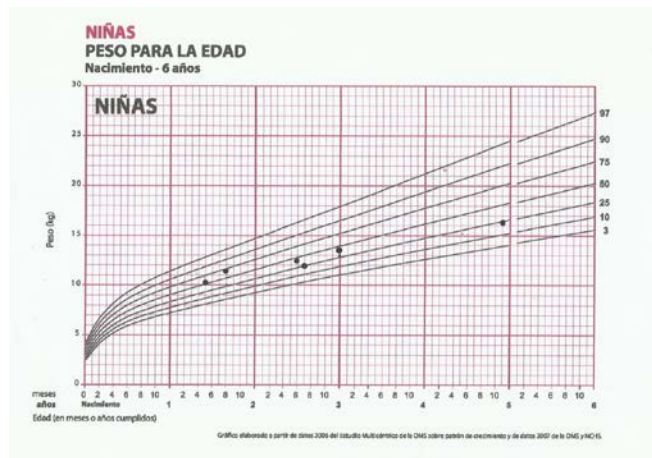


Figura 49: *Peso de las niñas menores de 5 años de madres vivas que se mantenían en el núcleo familiar Santiago del Estero 2013 N=6*

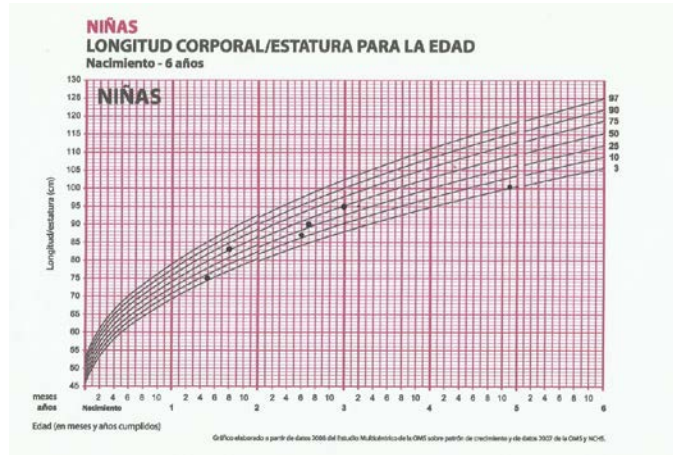


Figura 50: Talla de las niñas menores de 5 años de madres vivas que se mantenían en el núcleo familiar Santiago del Estero 2013 N=6

En Índice de Masa Corporal se observó un niño y una niña entre el P85 y P97 (Fig 51, 52)

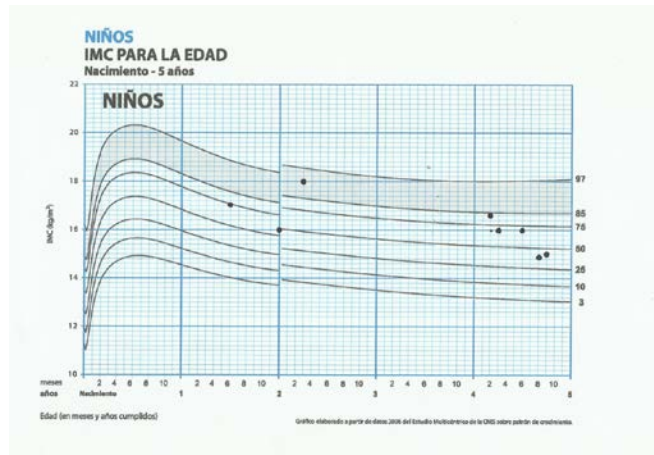


Figura 51: Índice de Masa Corporal (IMC) de los niños menores de 5 años de madres vivas que se mantenían en el núcleo familiar. Santiago del Estero 2013 N=8

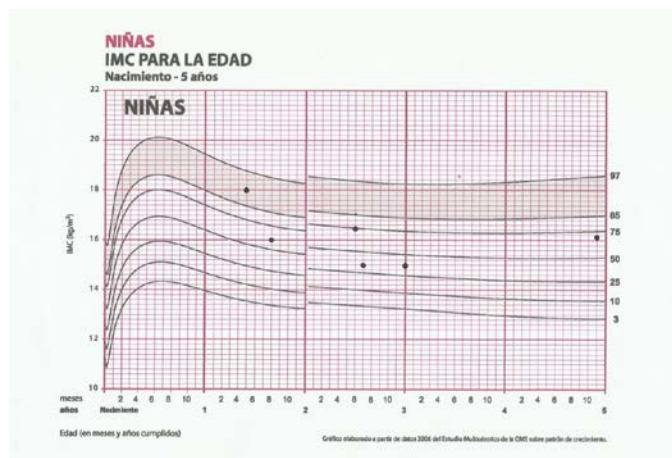


Figura 52: Índice de Masa Corporal (IMC) de las niñas menores de 5 años de madres vivas que se mantenían en el núcleo familiar. Santiago del Estero 2013 N=6

Vacunación

Al controlar el estado de vacunación de niños de madres vivas, se encontró que el 71,24% se encontraba con el carnet completo (Fig 53)

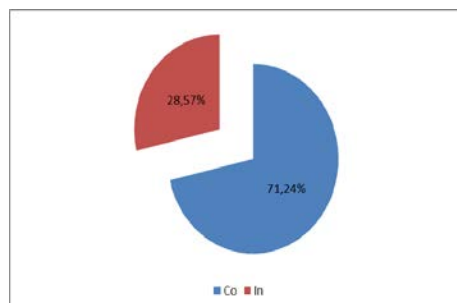


Figura 53: Distribución del estado de vacunación de los niños menores de 5 años de madres vivas que se mantenían en el núcleo familiar. Santiago del Estero 2013 N=14

Desarrollo

El 92,85% de los niños alcanzaron el área personal social y motricidad fina y el 85,71% en motricidad gruesa y el 50% en lenguaje acorde a edad/norma, (Fig 54)

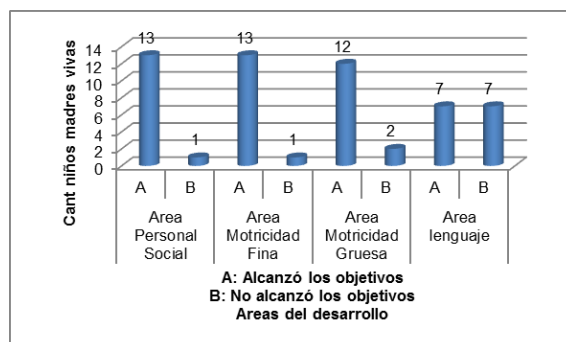


Figura 54: Distribución de las áreas del desarrollo de los niños menores de 5 años de madres vivas que se mantenían en el núcleo familiar Santiago del Estero 2013 N=14

Enfermedades prevalentes de la infancia

Predominó la Bronquitis Obstruiva Recidivante (BOR) (21,42%) sobre otras enfermedades respiratorias agudas (Neumonías 7%) (Fig 55)

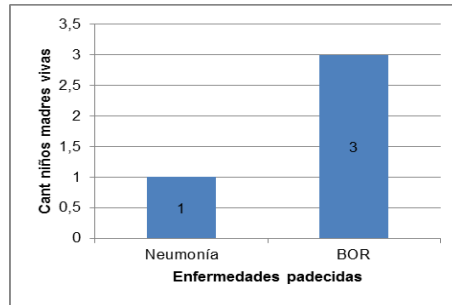


Figura 55: Distribución de las enfermedades prevalentes padecidas en los niños menores de 5 años de madres vivas que se mantenían en el núcleo familiar. Santiago del Estero 2013 N=1

En enfermedades diarreicas agudas (EDA) se destaca que el 64,28% de los niños de madres vivas, habían padecido episodios de diarreas agudas (EDA) entre 1 y 5 veces en el año (Fig 56)

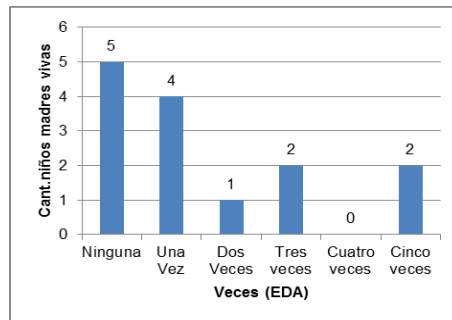


Figura 56: Distribución de los episodios de diarreas agudas en los niños menores de 5 años de madres vivas que se mantenían en el núcleo familiar. Santiago del Estero 2013 N=14

7.- Descripción cualitativa de entrevistas semi-estructuradas a jefes/as de familias y/o cuidadoras de huérfanos, de mujeres fallecidas en 2008 con énfasis en menores de 5 años que se mantenían en el núcleo familiar

Se obtuvo respuesta de las 16 familias que en su seno tuvieron una muerte materna en el 2008; de las cuales 4 no reportaban hijos y en las 12 restantes, quedaron 51 huérfanos. De ellos 7 eran menores de 5 años que se mantenían en el núcleo familiar. A partir de las entrevistas, se pretendió reconstruir el recorrido de cada muerte materna y conocer el escenario socio-familiar, económico, geográfico, cultural, ambiental, de organización familiar y de acceso a la salud que tuvieron estas mujeres durante el proceso reproductivo que influyeron y/o intervinieron en el retraso o aceleraron su muerte.

Los resultados de las entrevistas, estuvieron basados en respuestas a preguntas específicas, destacando aspectos positivos y negativos de las vivencias familiares de tener huérfanos en el hogar, fundamentalmente menores de 5 años.

Los grupos se clasificaron en:

a.- Mujeres que murieron durante el proceso reproductivo 2008, sin hijos previos.

b.- Mujeres que murieron durante el proceso reproductivo 2008 con hijos previos.

a.- Consideraciones sobre las mujeres fallecidas durante el proceso reproductivo 2008, sin hijos previos

Las fronteras del abandono y la adolescencia clausurada

De las 4 mujeres; E, T, A y V, sin hijos previos, se comprobó que cada una de ellas tenía una historia diferente pero confluían en puntos comunes: adolescentes, con edades entre 14 y 17 años; con escasa escolaridad, vivían en barrios marginales de ciudades del interior o en el campo santiaguense, con carencias críticas, caracterizadas por la pobreza y necesidades básicas insatisfechas que sobresalían en dichos hogares. Ellas provenían de familias numerosas, vivían hacinadas, con un factor de vulnerabilidad extrema, donde prevalecía la falta de contención.

Las viviendas eran precarias, tipo rancho, de reducidas dimensiones para grupos familiares de 6-8 personas, carentes de servicios básicos: red de agua domiciliaria, cloacas, gas y electricidad.

E, T y A, resolvieron su problema de embarazo, realizándose abortos clandestinos, con consecuencias adversas porque murieron de una manera que podrían haberlos prevenido, con acceso a información, atención adecuada y anticoncepción; mientras que V..., cursaba 8 meses de embarazo, con feto muerto, cuya muerte se desencadenó por sepsis.

Todas las informantes entrevistadas, reconocieron que las adolescentes negaron sistemáticamente sus embarazos. Las interlocutoras de E, T y A, manifestaron haberse enterado tarde de la situación de embarazo de las fallecidas, dándose cuenta cuando aparecieron los primeros síntomas de alarma (dolor de cabeza, fiebre, dolores generalizados, pérdida de sangre, vómitos) y las adolescentes confesaron haberse hecho un aborto clandestino de entre 3 y 4 meses. Algunas madres se sintieron culpables por no haberlas cuidado lo suficiente, otras por no haber podido ayudarlas a resolver el problema. Ante la urgencia todas fueron trasladadas al Hospital de referencia, llegando demasiado tarde, encontrando la muerte el mismo día o a pocos días de su llegada.

b.- Apreciaciones sobre las mujeres fallecidas durante el proceso reproductivo 2008, con hijos previos

Fueron agrupadas en:

b1) las que fallecieron en el 2008 y no dejaron recién nacidos vivos

b2) las que fallecieron en el 2008 y dejaron recién nacidos vivos.

b1).- De las que fallecieron en el 2008 y no dejaron recién nacidos vivos.

Atrapadas en un círculo vicioso

J, E, N, E y D, no dejaron recién nacidos vivos al 2008.

Se examinaron, en primer lugar las respuestas de los informantes de tres de las mujeres que fallecieron durante el proceso reproductivo 2008, que **cuando murieron no dejaron recién nacidos vivos pero tenían hijos previos mayores de 5 años** y lugar las dos restantes, que **al momento del fallecimiento no dejaron recién nacidos vivos, pero tenían hijos previos mayores y menores de 5 años.**

J, E y N, vivían en el interior, distantes a más de 250 Km de la capital. Ambas se dedicaban a las tareas hogareñas y de producción de subsistencia.

J, 29 años, soltera y con un hijo previo de 12, portaba un embarazo de 4 meses, que al comienzo fue ocultado. Cuando se hizo evidente, la madre le consejo controlarse con la partera empírica de la zona, a la que nunca concurrió.

La interlocutora informó que en la visita domiciliaria del agente de salud de la zona recibió: control prenatal y medicación a la cual ella no pudo identificar para qué era. Al producirse la descompensación en su domicilio; se resistió ir al hospital. Ante la presencia de edema generalizado, fiebre, vómito, diarrea determinó que los familiares, con ayuda de un vecino la trasladaran al hospital Zonal, pasando de inmediato por la urgencia del caso, al hospital referencial, llegando demasiado tarde para salvar su vida. Había perdido el embarazo. Se le practicó un legrado, pero falleció por sepsis generalizada.

E, 36 años, portaba su sexto embarazo de 7 ½ meses. Tenía 6 hijos vivos, uno fallecido al nacer cuya causa era desconocida por la informante. La interlocutora manifestó que *E,* deseaba la anticoncepción, negada por la pareja. Al concurrir al segundo control, recibió por parte del médico del puesto de salud, maltrato y decidió abandonarlo, resolviendo parir en su casa. Ante las alteraciones que presentaba *E,* (falta de movimientos y pérdida abundante de sangre) la pareja decidió solicitar ayuda a un vecino para que la trasladara hasta el hospital Distrital, pero por la emergencia y la hemorragia desencadenada, la llevaron directamente al Hospital Zonal, y desde allí, derivada al hospital referencial, donde se le practicó una cesárea de urgencia con resultado negativo (Feto muerto), falleciendo la madre por desprendimiento normo-placentario.

N, 35 años, 6 hijos previos, portaba un embarazo de 4 meses. La interlocutora afirmó que al concurrir al control pre-natal, *N...* se vio sometida a reproches por el médico, lo que trajo como consecuencia su abandono. La entrevistada manifestó que ella deseaba no tener más hijos. La falta de transporte propio y público y la espera de dos horas en la ruta, para que alguien acercara a *N...* al hospital, complicaron su situación de salud; estaba dolorida, tenía fiebre, escalofríos y ausencia de movimientos, llegando con retraso al hospital, para recibir adecuada atención. De

inmediato fue trasladada al hospital referencial, Se la internó y confirmó la presencia de feto muerto. Por la sintomatología presentada, ante una pequeña mejoría de *N*, se le practicó una radiografía, con diagnóstico de neumonía. Esto determinó que los facultativos le provocaran el aborto, pero no fue suficiente para salvarla, falleció por aborto séptico complicado con neumonía.

Estas tres mujeres dejaron 11 huérfanos cuyo rango de edad variaba entre 8 y 20 años. Seis cursaban el nivel primario con edades entre 8 a 12 años. Debían caminar varios Km para asistir a la escuela. Los comprendidos entre 13 y 20 años habían abandonado la escuela, por decisión propia; y colaboraban con las tareas rurales y/o del hogar.

Los/as referentes, consideraban al control de crecimiento y desarrollo como no necesario, porque los niños estaban sanos. Uno de los impedimentos más fuertes manifestados fueron: las distancias, los horarios, el tiempo dedicado a la atención y el trato que recibían. Solo concurrían allí ante la gravedad, de lo contrario hacían uso de remedios caseros (tés de yuyos, friegas, etc), a los que calificaban como más sanos por ser naturales, o los de venta libre o consultaban a las personas mayores consideradas expertas y/o curandero de la zona.

Algunos informantes señalaron haber compartido siempre las viviendas entre padres y abuelos, sean maternos y/o paternos, mostrándose como familias extensas y numerosas, contenedoras de los huérfanos, a través de los afectos, de la colaboración y la solidaridad.

El cambio de roles al interior de las familias, que también significaron cambios de responsabilidades en cuanto a cuidar a los huérfanos, se hicieron extensivos a los abuelos, al padre viudo, y familiares directos. En todos los casos la familia siempre estuvo presente.

Los mismos familiares tomaron la responsabilidad de anunciarles a los niños la muerte de su madre, sin ocultamiento Cada interlocutor/a obró de acuerdo a las experiencias vividas.

Cada niño/a expresó su dolor de diferentes maneras llorando, mostrando tristeza, miedo; desesperación y luego resignación, en cambio otros mostraron indiferencia ante la muerte materna. La incorporación de los huérfanos al grupo familiar afectó sus magros ingresos, aumentado el trabajo doméstico, la mayoría de las familias no lo sintieron como carga, solo *S...*, la hija mayor de *N...*, cuidadora de sus hermanos, lo sentía como carga, porque le distraía tiempo para sus salidas Todas las familias entrevistadas asumieron el compromiso de respetar el origen biológico

En segundo lugar se entrevistó a familiares de las dos restantes. *E que* vivía en una ciudad a 5 Km de la capital y *D...*, en el campo a 1 ½ Km de una localidad del interior distante 197 Km de la capital. Ambas amas de casa, cuidaban animales domésticos y de corral

Según los familiares de *E..*, el concubino, ejercía violencia de género, por hechos ocurridos en el hospital de referencia ante la comunicación médica del diagnóstico de aborto provocado, que se manifestaron con insultos a la concubina, como “*te voy a matar cuando salgas del hospital*”. Ante la muerte de *E...*, la familia materna recogió a los huérfanos, ya que el padre biológico *H...* los abandonó, mudándose y formando otra pareja. *E..* era la responsable de la alimentación,

escolaridad y cuidado de la salud de los niños, ocupándose además de las tareas del hogar. A raíz de su fallecimiento, los huérfanos perdieron el aporte de la protección social (AUH). Los huérfanos escolarizados tuvieron que, cambiar de escuela, por razones de distancias.

La hermana mayor de *E.*, se encargó de comunicar a los niños la muerte de su madre. Cada uno interpretó a su manera el acontecimiento, presentando desde comprensión, indiferencia, aislamiento, soledad o sufrimiento. La familia gestionó la AUH con resultados negativos. Esta familia destacó la solidaridad de los vecinos, que les aportaban alimentos y ropa, ya que la situación económica, solo les alcanzaba para alimentarse.

D. cursaba su cuarto embarazo de dos meses y se oponía al parto institucionalizado, prefiriendo a la partera empírica que era la referente de la zona en la atención de partos.

La referente informó que *D.* concurre a un solo control pre-natal. El médico le había recomendado la institucionalización del parto. La falta de participación de *P.* (concubino), en la consulta, motivó que *D.*, no informara a él ni a su familia esta recomendación. Cuando *D.* se enfermó con fiebre, tos, escalofríos y obnubilación; el concubino, buscó asistencia médica en la Posta Sanitaria. Al llegar el facultativo y examinarla, le anunció que debían reportarla urgente al Hospital Zonal porque estaba con serios problemas respiratorios. (Neumonía). Allí recibió los primeros cuidados con resultados pocos alentadores que obligaron su traslado al hospital referencial; con un aborto en curso, complicado con neumonía, que la llevó a la muerte.

Estas dos mujeres dejaron 7 huérfanos cuyo rango de edad variaba entre 6 y 8 años, de los cuales solo 3 estaban escolarizados. Los informantes de los no escolarizados manifestaron que las distancias eran un obstáculo severo; solo disponían de un carro para trasladarlos o debían ir caminando solos, con el peligro que ello implicaba por su edad.

En relación al control de crecimiento y desarrollo de los menores, una de las fallecidas cumplía con este control, solo para obtener la AUH, en el otro caso, la abuela paterna informó que los niños, ni antes ni después del fallecimiento de la madre, recibían control de crecimiento y desarrollo, argumentando que eran niños sanos. Cuando se enfermaban, en ambos casos los curaban ellas mismas, con remedios caseros o acudían al curandero que curaba de palabra y con la fe y si no solucionaba el problema de salud recién concurrían al hospital o centro de salud.

La responsabilidad de informar a los hijos sobre la muerte de la madre fue asumida por la hermana mayor de la fallecida en el primer caso y por el padre en el segundo caso. El mensaje fue tomado por los niños, como algo sin importancia, ninguno entendió lo que estaba sucediendo, pero con el correr de los días notaron su ausencia y se produjeron momentos de tensión, sufrimiento y dolor por la pérdida del ser querido.

Ambas familias se convirtieron en familias numerosas con dificultades de subsistencia; pero para ellas, la atención de los huérfanos, no era una carga, siendo aceptados, queridos y contenidos.

Al considerar los relatos de estas 5 familias cuidadoras de huérfanos, se constató que todos los familiares habían recibido información apropiada sobre el estado de salud de las embarazadas/parturientas al ingresar al servicio y sobre el diagnóstico de muerte. Cada uno de los familiares aceptó e interpretó las explicaciones médicas, buscando justificar lo sucedido de diferentes maneras: “ocultó el embarazo”; “realizaba trabajos pesados”, “no cuidó su salud” “no quería tener más hijos” “nos demoramos en pedir ayuda, ante la emergencia”, etc

A través de la observación en terreno se pudo apreciar las características de las viviendas, número de niños huérfanos y actividades diarias desarrolladas, la escasa calidad de vida que llevaban, mostrando que las condiciones socioeconómicas desfavorables del entorno hogareño ponía en riesgo social a los huérfanos y sus familias cuidadoras; sin embargo cuidaban, protegían y contenían a los huérfanos en el seno familiar, especialmente a los menores de 5 años.

b) De las que fallecieron en el 2008 y dejaron recién nacidos vivos.

Historias reales: Morir por dar vida.

(La letra en cursiva corresponde al discurso literal de las/os entrevistadas/os)

De las 16 mujeres que fallecieron durante el proceso reproductivo 2008 en el hospital de referencia, solo 7 dejaron recién nacidos vivos. Ellas eran: A..., G..., E..., M..., M..., C... y M..., dejando 51 huérfanos en total.

Se analizaron las respuesta de familiares entrevistados/as de estas siete muertes maternas en trance obstétrico, indagando con mayor detenimiento, acerca de cómo vivieron estas muertes y cómo incidió sobre el estado de salud-enfermedad-desarrollo de los huérfanos, profundizando en la observación en terreno aspectos socioeconómicos-culturales y de salud de los huérfanos menores de 5 años que se mantenían en el núcleo familiar.

A..., 30 años, vivía en un barrio periférico de la ciudad capital, falleciendo en el hospital referencial por hemorragia post-parto. Así describía M.. la muerte de su hija.

*“Era de madrugada cuando se enfermó la A...” “Estaba en fecha” y el marido la llevó al hospital”
“Le pusieron suero, pero como el parto no progresaba, le hicieron una cesárea” “Nació un varón y empezó con hemorragia,
que la llevó a la muerte”*

M..., 48 años, madre de A...(fallecida)

M.. empleada pública provincial, relató que A.. nunca controló su embarazo, restándole importancia al control pre-natal. Los problemas económicos, la obligación de atender la casa, los niños y la pareja, acompañado por celos y la prohibición del uso de anticonceptivos fueron determinantes.

“Yo siempre le decía a la A..., que no tuviera más hijos”... “le decía, anda a la salita para que te den algo para no tener más hijos”,.... “pero parece que el esposo no quería que tomara nada, y bueno, quedó de este, pero nunca se controló”, “.el padre los abandonó, al poco tiempo se juntó con otra y yo me los traje”

(M)

En este caso la familia cuidadora se reorganizó. La abuela materna estaba a cargo de los cuatro nietos, que fueron abandonados por el padre biológico, que se desentendió de los niños formando otra pareja. Dejó a L..., 12, J... 9 y A... de 7 años. Todos estaban escolarizados, excepto V...que

era el más pequeño de 2 años y 8 meses, producto de la muerte materna 2008. Los escolarizados, hacían uso del comedor escolar, para aliviar la situación económica de la familia, siendo la mayor L... la responsable de llevarlos y traerlos diariamente. Todos los miembros de la familia aportaban para la subsistencia del hogar y de los huérfanos.

M...(abuela materna) luchaba por el bienestar de sus nietos. Con sacrificio, obtuvo la tutela legítima de los menores y buscaba incorporarlos a su obra social y obtener la AUH.

M... confesó que la mamá no los hacía controlar, solo le hacía poner las vacunas porque en la escuela le exigían, a veces los llevaba a la salita del barrio o al hospital cuando se enfermaban.

“Son chicos sanitos, casi nunca se enferman, a veces se resfrían, pero si no tiene fiebre los curo yo nomás”
(M)

Con ayuda de una vecina, M... les anunció a los niños la muerte de la madre. Cada uno elaboró su duelo de una manera diferente, desde aceptar la realidad de la pérdida, experimentar el dolor y adaptarse a un nuevo ambiente en el cual faltaba el ser querido (la madre), aprender a vivir en su ausencia, tomar decisiones en soledad, y acomodarse a nuevas situaciones y relaciones.

Si bien esta familia no vivía en la pobreza extrema: la muerte de su hija, el abandono de sus nietos por el padre biológico y la responsabilidad de velar por la vida de sus cuatro nietos, no era para ella una carga, haría todo lo necesario para brindarles un entorno hogareño sustentable y seguro. Luchó por la tutela legítima de todos los nietos hasta lograrla, pero no había podido alcanzar hasta ese momento todavía, la asignación universal por hijo (AUH), y la incorporación a su obra social, pero confiaba en que pronto el problema se resolvería.

G...,26 años, vivía en un barrio periférico de la ciudad capital, a orillas del Río Dulce. Falleció en el hospital de referencia, como consecuencia de una hemorragia post-parto, tras practicársele una cesárea de urgencia. Dejó 3 huérfanos: J..., de 9, N 7 y M..., 2 años y cuatro meses, fruto de la mortalidad materna durante en proceso reproductivo 2008.

M... el más pequeño, estaba a cargo de los abuelos y tías paternas y la crianza, de J... y N..., era compartida entre los abuelos paternos, maternos y el padre biológico.

C..., la abuela materna, fue la referente para describir la muerte de G...:

“Ese día no se sintió bien y no fue a trabajar, se vino para mi casa trayendo los chicos”. “Empezó a sentir dolores y la acompañé al Hospital donde la revisaron y la internaron” “Como el parto no progresaba, le hicieron una cesárea y nació M...” “La pasaron a puérperas y empezó con hemorragia que no le pudieron parar, le pusieron sangre la llevaron a Terapia, pero no pudieron hacer nada”
C..., 52 años, madre de G, (fallecida)

C... refiere que las condiciones económicas adversas de la familia de G..., obligaban a la madre a realizar trabajos domésticos; el padre había perdido el trabajo formal y solo realizaba changas. G..., nunca había concurrido al control pre-natal, aduciendo que debía sacar turno de madrugada.

La concurrencia al Centro de Salud, solo era utilizada por la madre, ante una enfermedad grave de los hijos y no para control de crecimiento y desarrollo. Era habitual el uso de remedios caseros

J... y N..., concurrían a una escuela del barrio, donde funcionaba el comedor escolar, pero no lo utilizaban, volvían a la casa de los abuelos maternos, para almorzar. Estos abuelos y el padre biológico compartían el acompañamiento escolar.

Ambos niños eran asistidos durante el día por la abuela materna, pero vivían con el padre en forma permanente, en una vivienda precaria, en un barrio vecino, con calles de tierra donde proliferaban los basurales. En relación a la protección social, la fallecida nunca había gestionado la AUH, ni la ayuda oficial del bolsón que otorgaba el gobierno, argumentando que las exigencias eran demasiadas y los trámites muy engorrosos, tanto para ella como para sus hijos.

El padre se encargó de comunicar a los niños, la muerte de su madre. Llevó a J... y N...al velorio y al entierro. J... mostró tristeza, y agresividad, que fueron compensadas con pruebas de cariño; N... expresó su dolor a través de la ira, con juegos violentos, pesadillas, irritabilidad, que luego terminaban en tristeza y llanto y M..., el más pequeño, no conoció a su madre; confundía la abuela paterna, diciéndole "mamá", situación aceptada sin cuestionamientos.

C.. estaba resignada a vivir con carencias y necesidades básicas insatisfechas, pero esto no significaba una carga para ella. Los abuelos, eran el soporte afectivo y de contención para los huérfanos, resolviendo muchos de los problemas que surgían en la vida cotidiana.

R... de 30 con 3 hijos y B... de 26 años, soltera y sin hijos, eran las hermanas de E. 22 años, fallecida con diagnóstico de hemorragia post-parto que dejó 5 huérfanos. Vivían junto a E...(viudo), en la marginalidad de una ciudad del interior de la provincia, a 103 Km de la capital, sobre calle de tierra, en un rancho de paja y barro, con hacinamiento crítico (11 personas), en un solo ambiente reducido. Cocinaban fuera del rancho, al aire libre. R... formó pareja con el padre de los huérfanos, después de la muerte de su hermana, como arreglo tácito para proveer cuidados a los huérfanos y a los propios que tenía de soltera. B... colaboraba con las tareas hogareñas.

R... manifestó que se encontraba a cargo de los huérfanos: R..., E..., I..., A... y R..., fruto de la mortalidad materna 2008 y de los propios. E..., M..., y A.

Todos eran mantenidos con lo que aportaba el viudo que realizaba tareas rurales, desde el amanecer hasta la noche. El pago era quincenal y a veces no alcanzaba para la comida

R..., contó con detalles, sin ser testigo directa de la muerte de su hermana, con un embarazo de término, sin controles previos, teniendo presente cada momento descripto por el concubino.

"Vivíamos todos juntos" "Ella estaba en fecha, el día antes, empezó a perder unas gotitas de sangre" "Fuimos al hospital porque tenía fiebre, el médico la revisó y decidió que la llevaran a la Maternidad de La Banda. La ambulancia estaba rota..... No teníamos como llevarla....le pedimos a Don E., que tiene camioneta que la llevara. Allí le hicieron una cesárea de urgencia, después cuando se puso mal, la llevaron al Regional y allí murió".

R..., 30 años, hermana de E (fallecida)

Solo estaban escolarizados: R... de 8, E... y I...de 7 (mellizos huérfanos) y A... de 10 años hija de R...que hacían uso del comedor escolar. A, 6 años y R..., el más pequeño no lo estaban.

E...de 14 y M...de 12 años, abandonaron la escuela y colaboraban con las tareas del hogar (juntaban leña, acarreaban agua, hacían fuego, y cuidaban de A... y R..., los más pequeños.

Los niños no eran llevados a control de salud. R... el huérfano de la mortalidad materna en trance obstétrico de 2008, nunca fue llevado a control de crecimiento y desarrollo. Este niño sufrió neumonía complicada con desnutrición, lo cual fue internado en Hospital de Niños de la capital. R... le restaba importancia al control de salud, aduciendo que no recibía nada a cambio.

"La madre, ni yo llevamos a los chicos a control, "... no vale la pena porque no te dan nada, ni remedios, ni la leche, pero, si los llevamos cuando están enfermos"

*..... " R..., está internado en el Hospital de Niños de Santiago por neumonía y está desnutrido"... "Comía muy poquito".
"Estaba con mucha fiebre cuando lo llevaron..." "Casi no vamos a verlo porque no podemos....."*

(R)

La presencia física, del padre o la sustituta de la madre fallecida, (R..) en el hospital, era casi nula, por los dichos de R...Mientras duró la internación fue cuidado por B...la otra tía materna; pero cada día que pasaba estaba más triste. Se le otorgó el alta, apenas estuvo en condiciones, para que volviera a su hogar, con el compromiso de controlar el crecimiento y desarrollo en el centro de salud de la localidad. Nunca fue llevado, aduciendo falta de tiempo y que el niño comía bien, después del suero que le habían puesto.

El padre fue el encargado de comunicarles a los hijos el fallecimiento de la madre, que al principio parecieron no entender mucho lo que había sucedido, sin reaccionar ante lo inevitable.

"No hicimos velorio, la llevamos directamente al cementerio"... "Los chicos lloraron un poco pero después se les pasó, están acostumbrados conmigo, es como que no se dieron cuenta". "Y bueno....al más chiquito lo tengo yo desde que nació".

(R)

Con el correr de los días, los niños comenzaron a sentir la ausencia de la madre, produciéndose situaciones de dolor, enojo, tristeza, miedos nocturnos y llantos.

Esta familia indigente, vivía privaciones en lo social, económico y de insalubridad, donde los huérfanos menores quedaban librados a su propia suerte. Se los observó descalzos, con ropa sucia y deambulando de un lado a otro. A pesar de ello tanto los huérfanos, como los no huérfanos, se mantenían unidos en el núcleo familiar, aún en situación de riesgo social.

La interlocutora mostró desinterés por obtener otros recursos que podrían haberles sido útiles para sobrellevar la pobreza como la AUH, el Bolsón lo cual hubiera mejorado la calidad de vida de todos R... afirmó que estaba contenta, pronto se trasladarían todos a la provincia del Chaco, donde el concubino había conseguido trabajo como encargado de campo. Allí vivirían mejor porque contarían con vivienda y posibilidades de mejorar su subsistencia

J..., era nuera de M..., (fallecida) vivía en pareja con el hijo mayor de M..., compartían la misma vivienda, pero cada familia era independiente. Vivían en el interior de la provincia, en un pueblo a 41 Km, de la capital, soportando todo tipo de carencias: agua potable, asfalto, trabajo, escasez de medios de transporte. M... vivía al lado del Centro de Salud y sin embargo no asistía a los controles prenatales, solo se controlaba la presión arterial.

Desde que su suegra, de 36 años, ama de casa, murió a causa de una ruptura hepática (diagnóstico médico); J... se hizo cargo de P..., de 14 años hijo de M..., que abandonó la escuela y que ahora, colaboraba con las tareas del hogar, trayendo agua, leña, haciendo las compras y

cuidando los hijos de J... de (4, 3, 1 año y 5 meses) y de su hermano menor, J... de 3 años, fruto de la mortalidad materna en trance obstétrico de 2008. El resto, algunos mayores de edad como T... y L...(los mayores) desarrollaban tareas rurales junto a su padre y los menores; M..., P... y C..., escolarizados, hacían uso del comedor de la escuela y vivían con el padre

J..., narró la traumática situación de M....

“Ella nunca se controló el embarazo, teniendo aquí nomás cerquita el puesto sanitario” “Aquí el médico viene, cada 15 días,”.... “De vez en cuando se hacía tomar la presión con Doña G..., que atiende el puesto sanitario”. “Pero de ahí, a otra cosa nunca se hizo nada, diciendo que si con los otros no había tenido problemas, porque iba a tener con este”.
J..., 23 años, nuera de M...(fallecida)

Ante los síntomas de falta de movimientos, dolor de cabeza, dolor abdominal, dolor subcostal derecho y edema de miembros inferiores; A...(concubino) la trasladó al Hospital Zonal, a 6 Km de distancia, donde recibió atención médica y derivada con urgencia en ambulancia a la Maternidad de La B.. y desde allí, al hospital de referencia donde se le practicó una cesárea, naciendo un varón, J...de 2.500 grs que fue internado en Neonatología, porque nació morado, según J.. El diagnóstico de muerte de M...fue anunciado como “Ruptura hepática”. Existió un cuestionamiento disimulado por parte de J..., sin entender bien que es lo que sucedió cuando manifestaba:

“Cómo puede ser que se le haya roto el hígado, si ella fue a tener familia”. “A mí me parece que le mintieron a A... “
(J)

“Hoy yo me encargo de lavarles la ropa a todos, antes éramos 2 (mi suegra y yo) y nos arreglábamos bien, pero ahora quedé sola, estoy muy cansada” “lo mejor que puede hacer por ella es criar a J..”.
(J)

De acuerdo a lo informado por J..., la madre fallecida, no controlaba la salud de los menores; ante la enfermedad, buscaba solucionar los problemas de salud con remedios caseros o de venta libre, o consultaba al curandero no los llevaba al centro de salud, ya que el médico visitaba el puesto de salud cada 15 días. En el caso de enfermedad grave, concurría al hospital más cercano, a 6 Km

“La mamá le hacía poner las vacunas a los que iban a la escuela”. Cuando se enfermaban, si no era grave, los curaba ella con té o los llevaba a Don P..., (curandero)” Para ir al hospital hay que pedirle a algún vecino que tenga vehículo. Si no es una urgencia, nadie te lleva y hay que pagar”.
(J)

Estas dos familias sobrevivían con lo que ganaban los mayores en las tareas rurales, no contaban con planes sociales ni eran acreedores de la protección social (AUH) Compartían con la ayuda mutua, las distintas obligaciones en la crianza de los hijos huérfanos y no huérfanos

El padre fue el responsable de comunicarles a los hijos la muerte de la madre. Los mayores lo tomaron con resignación, los menores elaboraron el duelo mostrándose tristes y pensativos por algún tiempo, al que luego superaron. Ante la muerte de la suegra J... mostró el lado supersticioso “el miedo” “el no poder dormir”, que se tranquilizaba mediante el rezo y la visita al cementerio donde la alumbraba (encendía velas) y dejaba flores.

J..., manejaba los escasos recursos económicos (dinero) en la casa, eso le permitía distribuir a lo largo del mes los gastos de acuerdo al ingreso y priorizar aquello que consideraba más importante Para ella la atención de los huérfanos no significaba carga, por lo contrario se sentía reconfortada

J..., trabajador rural de un cortadero de ladrillos de la zona, en una localidad distante 278 Km de la ciudad capital, nos informó acerca de la muerte de M..., su concubina de 26 años, que dejó 5 huérfanos de 9, 8, 7 y 6 años y el último de 4 años y 3 meses, nacido en el 2008.

“Ella comenzó con dolores,... todos nacieron aquí en la casa, atendidos por la partera”...“ella no quería ir al hospital, quería tenerlo en la casa, diciendo que los médicos siempre están apurados y no tienen tiempo para atenderla”

J..., 55 años, jornalero, concubino de M...(fallecida)

M..., era portadora de un embarazo de término; se había realizado 2 controles pre-natales, uno al comienzo y otro al final del embarazo. Ante la presencia de contracciones, se negó ir al hospital. Para aliviar los dolores la suegra le proporcionó medicación casera (Té de manzanilla), pero el parto no se producía. M... estaba agotada y ante la urgencia, un vecino la trasladó en su vehículo particular hasta el hospital Zonal, donde fue atendida en la emergencia

“Cuando llegó al hospital, el médico...me dijo, porque no la habíamos llevado antes, que el caso era grave y que la trasladarían urgente, al Hospital de referencia”“M... estaba pálida, somnolienta, con la boca seca (deshidratada), temblaba y tenía mucho frío, (hipotérmica) y sin fuerzas, casi no hablaba” (agotada)

(J)

Aún ante la negativa de los familiares que manifestaban carecer de recursos económicos para permanecer en la capital fue derivada al hospital de referencia. Al llegar fue internada en el servicio de maternidad, donde se le practicó una cesárea de urgencia, con un recién nacido vivo Á... de 2.500 grs, que no reaccionaba (deprimido), que fue hospitalizado en el Servicio de Neonatología, superando luego su estado favorablemente, encontrándose al momento de la entrevista al cuidado de los abuelos paternos y del padre.

La demora en concurrir al establecimiento de salud, complicó la situación de M..., a pesar de haber recibido los cuidados necesarios y oportunos, no pudo ser salvada, falleciendo por expulsivo prolongado y agotamiento materno.

M...abuela paterna expresó que los niños no estaban controlados, ni eran llevados por la madre a la consulta ante la enfermedad, solucionaba sus problemas de salud con remedios caseros, solo los llevaba al hospital cuando le parecía que la enfermedad era grave.

“A pesar de estar cerca del pueblo, la mamá no los llevaba a control, ni a vacunarlos, si al hospital solo cuando se enfermaban con fiebre alta y ella no se la podía bajar” “Pero son todos sanitos”

, (M....., 70 años, abuela paterna)

Los niños; R..., M.I y M..., estaban escolarizados no así J.J de 6 años y Á el menor. Los escolarizados, iban por la tarde, caminaban 1 Km, hasta llegar a la escuela. Una preocupación del padre era que se quedaran jugando en el camino y los sorprendiera la noche, se desorientaran y se perdieran En la medida que el padre podía, los llevaba y traía, caminando.

La abuela paterna comunicó a los niños la muerte de la madre, informando que todos reaccionaron de forma distinta ante la noticia y echaron a mano sus propios mecanismos para sobrellevar el dolor de la pérdida materna. R... reaccionó con enojo hacia el padre; M.I y M, con llanto y tristeza a la vez que reclamaban la presencia de su madre. J.J no conoció a su madre. El viudo conocía como tramitar la AUH, obtener ayuda (el Bolsón) pero por decisión propia, optó por no gestionarlos.

“nunca hice los trámites porque son muy engorrosos y si los haces igual después nunca te dan nada”.

(J)

Esta familia cuidadora vivía precariamente y sin posibilidades de obtener mejoras salariales, planes sociales, por no gestionarlas como estrategia de supervivencia, sin embargo no lo sentían como carga, cuidaban de los huérfanos y se mantenían unidos con sólidos vínculos familiares

E.. la interlocutora, era madre de C...., fallecida en trance obstétrico 2008, 27 años, ama de casa, con 4 embarazos; un aborto espontáneo de 3 meses y 3 nacidos vivos, vivía en pareja con A...., de 38, albañil. en un barrio periférico de una localidad del interior de la provincia situada a 278 Km de la capital. C...., encontró la muerte con diagnóstico: Hemorragia post-parto. HIV (+)

E.. manifestó:

"Fue a 2 controles al Hospital Distrital... que está a 10 minutos caminando, pero nunca se hizo los análisis, que le habían pedido". "En enero se sintió descompuesta, muy cansada, no podía dormir, no fue al médico, hizo reposo y se puso bien".
E..., 62 años, madre de C....(fallecida)

Según E..., no estaba en los planes de C.... tener más hijos, pero al saberse embarazada, se anotó en el Plan Nacer para cobrar la AxE pero asistió a 2 controles, sin completar sus estudios. E... relató que C...., siempre estaba cansada y no quiso hacerse un aborto, por miedo a Dios.

"Ella no quería tener más chicos, este vino de contrabando, pero no tuvo más remedio que aceptarlo, porque no quería hacerse un aborto". "Tenía mucho miedo"..."era muy creyente y decía que si se hacía un aborto Dios la iba a castigar".
(E)

De acuerdo a los datos aportados por A...., (el viudo), se confirmó que hubo demora en solicitar ayuda. Habían transcurrido más de 7 horas desde el comienzo del trabajo de parto, y pensó que lo que le sucedía a su concubina era pasajero. Recién tomó conciencia de la necesidad de requerir asistencia médica cuando comenzó con hemorragia.

...".comenzó a tener dolores a la 9 de la noche....., a la 1 de la madrugada del día 23 los dolores (contracciones) se hicieron más seguidas y más fuertes",..." a la 4 empezó con hemorragia". "A las 5, salí a buscar la ambulancia del Hospital Distrital"... "para que la llevara al Hospital Zonal"
(A...., 38 años, concubino)

Ante la emergencia solicitó la ambulancia al hospital Distrital, siendo trasladada de inmediato, sin intervención del hospital zonal al hospital referencial, donde encontró la muerte tras una operación cesárea, por hemorragia post-parto, naciendo una niña viva; R... de 3000 grs. La familia manifestó desconocer que C...sufriera la enfermedad, asegurando que R....., la niña nacida en el 2008, no estaba contagiada, según la interlocutora, por los controles realizados, pero desconocían si el viudo y el resto de los huérfanos lo estaban, porque se habían negado al control.

Solo A... de 10 años concurría a la escuela. T... de 6, no lo hacía y R.... de 4 años y 5 meses no estaba en edad escolar. Todos estaban con controles de crecimiento y desarrollo, porque accedían a la (AUH), lo que les permitía paliar la situación económica familiar.

"La madre llevaba los niños a control y le hacía poner las vacunas"... "de lo contrario no podía cobrar el salario (AUH)" "ahora los lleva el padre, porque si no pierde el salario de los 3". "También los lleva cuando están enfermos, pero casi nunca se enferman, nada más que algún resfrío o gripe nomás".
(E.)

El padre y la abuela materna informaron a los niños sobre la muerte de la madre. Ante la noticia, cada uno elaboró el duelo de acuerdo a sus edades, cuyas conductas y sentimientos se fueron

atenuando con los meses, para retomar luego las rutinas diarias. A... permaneció muchos días triste y lloraba mucho al llegar la noche. T...le era indiferente y R... nunca conoció a su madre. La familia cuidadora subsistía precariamente, pero el padre no abandonó a sus hijos. La supervivencia estaba apoyada en gran medida por la AUH y el cuidado de los abuelos maternos, y el magro salario del padre como trabajador informal. La escasez económica, sumada a la ausencia de la madre, que aportaba económicamente al hogar con la venta de productos de origen animal (huevos, pollos, gallinas etc) dificultaba la economía hogareña. A pesar de ello, todos los niños huérfanos se mantenían en el núcleo familiar y los abuelos no lo sentían como una carga.

M... 31 años, ama de casa; cursaba su cuarto embarazo de término, portadora de HIV (+) sin control pre natal, vivía en una ciudad del interior de la provincia, situada a 243 Km de la ciudad capital, junto a su concubino I... 28 años, jornalero

M... dejó 4 huérfanos; F..., L..., L... y P... de 10 ½, 9, 8 y 4 años y 9 meses, este último, producto de la mortalidad materna 2008, falleciendo por hemorragia post-parto

E... 52 años, la interlocutora nos ilustra sobre la muerte de su hija:

"M... no tuvo problemas en el embarazo, era el cuarto, nunca se había hecho ningún aborto y estaba contenta". "A ella le gustaban mucho los chicos". "No fue a ningún control".
(E..., de 52 años, madre de M...(fallecida)

M..., comenzó con dolores de cabeza, estómago, edemas de miembros inferiores y contracciones que la madre buscó solucionar con remedios caseros (té de manzanilla, agua azucarada con limón y friegas estomacales con alcohol). E..., no le dio importancia al problema que padecía la hija y no la llevó de inmediato al hospital. El tiempo transcurrido entre los primeros síntomas y la decisión de llevarla al hospital, fueron determinantes. Con ayuda de un particular (taxi), la demora en llegar al servicio de salud fue corta, pero tarde. Se la trasladó urgente al hospital referencial, donde se le practicó una operación cesárea, naciendo una niña viva P... de 3000 grs

Tanto la madre como la pareja desconocían que M... estuviera enferma con VIH +, porque nunca se había hecho ningún análisis. La enfermedad se la descubrieron en el hospital referencial.

De acuerdo a lo manifestado por E... la niña es controlada cada 6 meses en el Hospital Regional, refiriendo que está bien, sin la enfermedad, cree que los otros chicos están sanos, pero nunca los hicieron controlar. Desconocen la fuente de contagio, porque el concubino no quiso hacerse ningún análisis, diciendo que él no estaba enfermo, pero nadie sabe, si es así o no.

Antes del fallecimiento, los niños eran llevados por la madre a control de crecimiento y desarrollo al centro de Salud, como condición necesaria para recibir la AUH, y también cuando estaban enfermos y ahora eran llevados por el tío F... de 27 años.

"Ahora los lleva F..., mi hijo, que entiende más porque él fue hasta 5º grado". "A la más chiquita, también la llevan a control y la vacunan, así el padre puede cobrar el salario, que para nosotros es bastante".
(E)

El tío, explicó a los niños que su mamá había fallecido. F... el niño mayor, quería saber qué había pasado. Elaboró su duelo confeccionando aviones para ir al cielo por su madre y traerla para cuidar a los hermanos, el resto de los niños fueron indiferentes

Tenían vivienda propia con todos los servicios, excepto gas natural, pero vivían hacinados, por la escasez de ambientes para el número de convivientes. Los varones eran los que aportaban al sustento familiar. La AUH y el Bolsón ayudaban a la economía familiar, aunque E...reconoció que a veces no les alcanzaba para cubrir todos los gastos La abuela materna cumplía el rol de madre y no lo sentía como carga, manteniendo a los huérfanos en el núcleo familiar.

2.- Descripción cualitativa de entrevistas semi-estructuradas a jefes/as de familia de menores de 5 años, de madres vivas, del muestreo aleatorio estratificado que se mantenían en el núcleo familiar

Reflexiones sobre las mujeres que no murieron durante el proceso reproductivo y que tenían al momento de la entrevista, (2012-2013) hijos vivos menores de 5 años que se mantenían en el núcleo familiar

Las otras historias: Las que no murieron

Se analizaron 14 entrevistas de madres vivas, del muestreo aleatorio estratificado, utilizando la misma metodología de análisis

Las respuestas de las entrevistadas permitió conocer la estructura y dinámica familiar. Se les solicitó identificar a través de preguntas específicas, los problemas con los que se habían encontrado, al tener un menor de 5 años en la familia, e indicaran la mejor manera con que éstos pudieron o no ser superados. Las observaciones en terreno, fueron incorporadas al reporter.

Para ello se documentaron las trayectorias familiares, educativas, laborales y sociales de estas familias, describiendo sus contextos y abordando percepciones y opiniones de los distintos actores, reconstruyendo aquellas que aludían a nudos centrales en las relaciones familiares, acerca de la situación salud-enfermedad de los menores de 5 años que se mantenían en el seno familiar y la situación social y económica en la que se encontraban inmersos.

G... y P..., vivían en el mismo barrio periférico de la ciudad capital que A..., fallecida en trance obstétrico 2008, y que dejó a V..., huérfano menor de 5 años.

G..., 27 años, casada, vivía con su esposo R... de 42 y un menor de 5 años, A..., hijo único, no escolarizado por su edad (1 año y 6 meses), formando un hogar familiar nuclear. Ella ama de casa, él camionero, que viajaba constantemente por lo cual ella permanecía mucho tiempo sola y a cargo del niño en todos sus aspectos.

G....carecía de obra social, llevaba a su hijo a control de crecimiento y desarrollo y cuando se enfermaba al Centro de Salud del barrio, allí recibía rápida respuesta, atención

adecuada y buen trato. No hacía uso del Hospital porque entendía que el mismo era para los casos graves.

En relación al comportamiento del niño, creía que el ambiente familiar influía en la forma de ser del niño: bueno o malo. Era considerado por la madre como “ansioso” y poco tolerante. La relación con su familia era buena, aunque vivían lejos y los veía poco, sin embargo el niño disfrutaba de la presencia de los familiares en cada encuentro.

.Vivían razonablemente bien, tenían vivienda propia, un solo hijo, un salario que les permitía afrontar los gastos sin dificultades. No hacían uso de planes sociales, opinando que los mismos debían estar destinados a los que menos tenían. Como matrimonio sabían que la esencia de la vida era progresar y que siempre sería importante luchar para mejorar, sin renunciar a nada.

Única familia de todas las entrevistadas, considerada no pobre, según datos del INDEC 2013,

P... 40 años constituía una familia nuclear numerosa junto a *A...*, la pareja de 53, (albañil) que vivían con 5 hijos; de 12, 10, 8, 6, y 4 años y 9 mes. Provenían del campo y se instalaron en el mismo barrio que vivía *G....*, construyendo su propia vivienda. La misma no reunía los requisitos para cubrir las necesidades de una familia con 5 hijos. Todos los niños estaban escolarizados, excepto *S...* por su edad, que compartía su vida familiar con la abuela materna.

En cuanto a las actividades que los niños realizaban fuera del horario escolar, la entrevistada manifestó que antes de salir a jugar hacían los deberes y luego jugaban a la pelota en un predio cercano o quedaban en la casa, viendo TV por cortos períodos, ya que no podía controlarlos, por su actividad hogareña, para que no vieran programas inadecuados.

Los llevaba a control de crecimiento y desarrollo al Centro de Salud del barrio, porque eso le permitía obtener la protección social (AUH). *P...*relató que cuando se enfermaban, si la enfermedad no era importante los curaba ella misma con remedios caseros o de venta libre, de lo contrario concurría al Centro de Salud, o al Hospital o al curandero que había conocido en el campo, manifestando que él atendía en su casa, curando el empacho, la quemadura, la ojeadora, la insolación o el dolor de muelas y otros padecimientos.

Describió el comportamiento de *S....*, el menor de 5 años como un niño bueno, curioso y preguntón, pero caprichoso. Era exigente frente a la negación de sus caprichos, buscaba llamar la atención y la forma de ponerle límites que tenía la madre, era a través del castigo físico.

La relación del niño con el resto de los familiares (padres, hermanos, abuelos, tíos) no eran las mejores, existían conflictos y rivalidades con los hermanos mayores, por los juguetes. Solo con el padre era obediente, ya que si no lo hacía, solía ser motivo de castigo físico. A pesar de los conflictos, permanecían unidos entre ellos, defendiéndose mutuamente.

El aumento de la familia había producido perjuicios en el presupuesto familiar, pero con ayuda de la protección social (AUH) y el aporte del padre, sorteaban las dificultades.

R. y *M.* vivían en el mismo barrio periférico de la ciudad capital, en la rivera del Río Dulce como *G.* fallecida en trance obstétrico 2008, quien dejó a *M.* huérfano menor de 5 años.

La familia de *R.*, era extensa y numerosa, de 7 miembros, formada por la pareja *A.* de 43 y ella 36 años con 4 hijos; de 14; 12; 8 y 2 años y *R.* abuela materna de 58 años. La responsabilidad del control de los niños era compartida entre la madre que desarrollaba tareas domésticas y la abuela materna. El padre, albañil, trabajaba desde la mañana hasta la tarde.

J., *O.* y *R.* estaban escolarizados; excepto *C.*, la menor. Las actividades de los niños, fuera del horario escolar eran limitadas y de escaso tiempo, por los peligros que presentaba el barrio. La entrevistada manifestó que la inseguridad era una constante y crecía diariamente.

Respecto al control de salud de los niños, era la abuela materna la que se responsabilizaba de ello, ya que eran acreedores de la (AUH). Ante la enfermedad compartían madre-abuela, la responsabilidad según los horarios en que se producía el padecimiento, llevándolos al Centro de Salud o a los consultorios externos del Hospital de Niños de la zona, o recurrían a la vecina para solucionar el problema de salud o a remedios caseros o de venta libre.

Sobre el comportamiento y carácter de la niña menor de 5 años, *R.*, la madre, la describió como de carácter fuerte y con conductas de testarudez, obstinación y negatividad fuera del hogar, que era reprimida también como en el caso anterior, con castigo físico.

C., no siempre mantenía buenas relaciones con todo el grupo familiar, pero sí con la abuela. *R.* informó que la niña se sentía contenida por el hermano mayor a pesar de ser un niño poco amigable y las hermanas, lo que los mantenían unidos.

Esta familia vivía en un asentamiento espontáneo en la rivera del Río Dulce, cuya vivienda estaba construida sobre terreno fiscal; era de material precario, sin servicios básicos. A pesar de las actividades desarrolladas por el concubino y de *R.*, recibir la AUH y el bolsón que entregaba el Ministerio de Salud y Acción Social, les resultaba difícil llegar a fin de mes.

M., madre soltera, 26 años, ama de casa, vivía con sus padres y trabajaba en servicio doméstico, con 4 hijos: de 12, 8, 6 y *R.* de 4 años y 3 meses. Fue abandonada por su concubino quien ejercía violencia de género, según lo manifestado por *la interlocutora*. *M.* abandonó la escuela primaria, para emplearse como niñera. Con 14 años afrontó su primer embarazo.

Refirió que sus hijos escolarizados; *P.*, *R.* y *G.*, la única actividad que tenían fuera del horario escolar era jugar a la pelota; solos o con amigos en la calle o dentro de la casa, ya que los lugares recreativos se encontraban alejados de la vivienda.

Reveló que no los llevaba a control de salud, por falta de tiempo, pero cuando se enfermaban concurría al Centro de Salud del barrio vecino. No utilizaba los consultorios externos del hospital de Niños, cercanos a su domicilio, fundamentando mala atención y trato descortés. Si creía que la enfermedad no era grave, los curaba ella misma, con remedios caseros o de venta libre

Sobre el carácter y comportamiento del menor de 5 años, lo describió como un niño bueno, inquieto y travieso, indicando que le producía cansancio físico cuidar de él.

Haber ampliado la familia con un hijo más, complicó la economía familiar. Esta madre con 4 hijos, prefirió vivir precariamente sin apelar a otros recursos como la obtención del Bolsón y la AUH para satisfacer sus necesidades básicas, porque consideraba que los trámites administrativos eran demasiado exigentes y dificultosos.

E... y *J...* eran del interior y pertenecían al mismo barrio y localidad a 103 km de la capital, donde vivió *E...* fallecida en trance obstétrico 2008, y que dejó a *R...* huérfano menor de 5 años.

E..., 40 años, ama de casa y empleada doméstica, era hija de *I...* Convivían en una misma casa las dos familias, pero independientes. Formaban un hogar familiar extendido. Los abuelos maternos de 70 y 65 años y *E...* con su la pareja; *C* 38 años, que trabajaba en el campo; regresando solo los fines de semana y 4 niños: de 10, 9, 7, y *F...* de casi 5 años. Esta pareja perdió una menor de 3 años por neumonía.

La abuela materna estaba a cargo de los niños mientras *E...* trabajaba como empleada doméstica. Eran dos familias, sostenidas económicamente por *E...* y su concubino, los abuelos recibían una magra pensión que solo les alcanzaba para remedios.

Los niños escolarizados, *C...*, *C...*, y *L...* complementaban sus actividades fuera del horario escolar jugando; dentro del hogar, los varones a la pelota y las niñas con muñecas.

La abuela materna, informó que ninguno de los niños era llevado a control de salud, por falta de tiempo y escasas posibilidades de obtener los medicamentos en el hospital o en el centro de salud. Cuando se enfermaban, recurrían a la cura casera y si no lo lograban, iban al hospital, pero allí no les daban los remedios, o acudían al curandero, quien le recetaba remedios caseros, que consideraban más sanos que los medicamentos.

Al referirse al carácter de *F..* la menor de 5 años, la abuela la describió como tranquila y tímida, pero a veces se mostraba agresiva, cuando sus hermanos se burlaban de ella.

Su comportamiento en relación al resto de la familia era diferente según el miembro de la familia con quien se relacionaba, tenía conductas cambiantes; por momentos se mostraba cariñosa y de repente no hacía caso, lo cual *E...*, la madre le imponía una penitencia. A pesar de ello se querían entre hermanos y se defendían mutuamente de las agresiones externas.

Los abuelos recibían el beneficio social de una pensión mensual pero los niños no recibían protección social (AUH), porque no había sido tramitado por *E..*, que consideraba que el gobierno solo prometía a la hora de votar y luego pedía demasiados requisitos para obtener dicha ayuda. La incorporación de un miembro más en la familia, desbordó sus posibilidades económicas, creando dificultades en la adquisición de alimentos, vestimenta, remedios etc.

J...., la interlocutora, pertenecía a una familia ampliada y numerosa (9 miembros). UN adulto mayor, 85 años, sin actividad; *J....* 34 años, ama de casa y su pareja *D...* 42; albañil. *J..* era la responsable de todo el grupo familiar y de llevar adelante las tareas del hogar. Un niño menor de 5 años había fallecido por deshidratación grave por diarrea, cuando tenía 1 año.

La niña mayor, 12 años, abandonó el primario por repitencia. Trabajaba en casa de familia realizando tareas menores a cambio de la alimentación y vestimenta. Los de 10, 9, y 7 años, estaban escolarizados. *J..* de 6 y *Y...*, menor de 5 años no lo estaban.

Ninguno de los escolarizados desarrollaba actividades fuera del hogar y del horario escolar. Ellos permanecían dentro del hogar jugando con lo que tenían.

J.. manifestó que todos los niños, excepto la niña mayor eran controlados y vacunados, por las exigencias del programa de protección social (AUH) y a la vez que se lamentó de no recibir el bolsón, que según ella, quedaba reservado para los que no accedían a la AUH.

Cuando los niños se enfermaban, utilizaba remedios caseros o de venta libre, hasta concurrir a la guardia del hospital, para evitar la espera.

La madre, describió a *Y..*, la menor de 5 años, como “*malita*”, de mal carácter y con un comportamiento antisocial, no respetaba los derechos de los demás ni las normas sociales, sin embargo, había establecido con su abuelo una relación familiar de afecto recíproco. Las expresiones de cariño observadas, así lo demostraban, sin embargo su relación con los hermanos era contradictoria ya que la niña tenía facetas de enojo y rebeldía cuando la molestaban, pero pese a estos desencuentros los niños permanecían unidos.

Si bien la llegada de otro miembro a la familia produjo algunos problemas económicos, dentro de la escasez en que vivía la familia, buscaban satisfacer primero, las necesidades básicas de los niños, antes que las de los adultos, señalando con resignación que nunca dejarían de ser pobres.

J...y C..., también del interior, pertenecían a una localidad distante a 41 km de la capital, igual que *M..*, fallecida en trance obstétrico, en el 2008, y que dejó a *J.*, huérfano menor de 5 años.

J...., la referente, madre, 35 años, ama de casa, convivía con *H...* de 42, de oficio hachero. Era una familia nuclear, numerosa (8 hijos). El mayor, 19 años, criado por los abuelos paternos, era su compañía. *R...*, 10 años, escolarizada, criada por los abuelos maternos, con lo cual aliviaban la situación económica de la familia de *J....* Las familias de abuelos (maternos y paternos) vivían muy cerca de la casa de *J..y* diariamente intercambiaban encuentros.

J.. manifestó que *A...* de 17 y *M....* de 15 años completaron el primario. Estaban escolarizados los que tenían 12, 10, y 8 años, mientras que *F...* de 6 y *N...* de 2 años y 3 meses no.

La madre manifestó que los niños que concurrían a la escuela, primero hacían los deberes y luego realizaban actividades recreativas (jugaban a la pelota en su casa o en casa de vecinos y las niñas con muñecas u otros juguetes, en la casa). A los varones no les estaba permitido, concurrir al club de la localidad, por considerar que no era conveniente, por la presencia de adultos que se emborrachaban y peleaban

La interlocutora manifestó que no los llevaba a control, ni siquiera a la menor de 5 años, por falta de tiempo y por desconocer los días de visita del médico radiante, al puesto de salud. Contrariamente si se enfermaban concurría al centro de salud, donde el personal de enfermería los atendía, diagnosticaba y medicaba, cumpliendo función médica. Otra opción era la curación con remedios caseros o de venta libre. Cuando no podía resolver los problemas de salud, concurría al Hospital Zonal, a 6 Km, que por la distancia debía movilizarse en transporte particular o depender de la buena voluntad de algún vecino, sin dejar de abonar el viaje que le resultaba caro.

J... describió el carácter de *N...*, el menor de 5 años, como un niño bueno, obediente, preguntón e inquieto y a su vez lo definió como solitario, ya que prefería jugar solo y no con los hermanos/as. Su relación con todo el grupo familiar era buena.

El único ingreso era el aportado por la pareja para mantener a toda la familia, lo que les producía innumerables carencias aun cuando dos de los hijos estaban con los abuelos, que aliviaban su situación económica. Sin embargo la interlocutora afirmó que no hacían uso de la protección social (AUH), por las exigencias que había tanto en salud como escolar para acceder a ella, prefiriendo seguir así, antes que realizar alguna diligencia que pudiera mejorar su condición económica.

C..., la referente, 44 años, ama de casa, procedía del cono urbano bonaerense. Se instalaron en la misma localidad y el mismo sector que *J...* Compartía la vivienda con su pareja *G...*, de 40, peón de campo, y con 4 de sus 5 hijos. La decisión de la pareja de venir a Santiago del Estero, estuvo dada por la inseguridad y la falta de trabajo. El mayor, 17 años, había quedado en Bs. As, con los abuelos paternos.

El hijo de 15 años había completado el primario y el de 13 cursaba 5to grado, siendo aspiración de la madre que también lo completara. y si fuera posible continuara el secundario; el de 8 años, escolarizado y *E...* de 1 año y 5 meses. Las actividades que los niños realizaban fuera del horario escolar eran similares a las que hacían los niños de las otras entrevistadas.

El niño de 8 años y la menor de 5, eran llevados a control de crecimiento y desarrollo, al centro de salud de la localidad, cuando el médico radiante hacía las visitas. Para ella, era necesario el control para acceder la AUH. Cuando se enfermaban, si ese día venía el médico al centro de salud, los llevaba. De lo contrario el personal de enfermería, recibía las consultas, diagnosticaba y medicaba enfermedades simples y derivaba las más complejas al hospital zonal.

C. relató que *E...*, la menor de 5 años, era una niña buena y obediente, aunque su comportamiento empeoraba en determinados momentos del día, sobre todo a la hora de dormir, se resistía al descanso. Su relación con el resto de la familia era buena. Para ella, jugar era imprescindible y ser el centro de atención.

Al referirse, la madre a la modificación de sus ingresos familiares, después del nacimiento de la menor de 5 años, lo calificaba como negativo, porque había aumentado el déficit económico ya que el único aporte familiar con que contaban para cubrir las necesidades básicas era el del concubino, como trabajador informal y la AUH de los 2 menores.

A.... y D.....vivían en un barrio periférico de una ciudad del interior de la provincia, cabecera de departamento, distante 242 Km de la ciudad capital al igual que M., fallecida en trance obstétrico 2008, y que dejó a P... huérfana menor de 5 años.

A....,la informante, vivía, en un terreno donde se construyeron 3 casitas de bloques, pegadas entre sí. En una vivía su madre viuda con 5 hijos solteros, junto a la familia de A...., que ocupaba una habitación con su pareja y sus 2 hijos. En la otra vivía la familia del hermano mayor con sus hijos y en la otra la hermana menor, con su pareja e hijos.

El hogar de A.... era un hogar familiar extendido, a pesar de formar dos familias nucleares, cada familia mantenía independencia, pero convivían bajo un mismo techo y compartían muchas cosas. La familia de A.... estaba compuesta por A.. 28, su pareja 45 años. J.... de 7 años escolarizado y L... de 4 años y 6 meses. El niño escolarizado realizaba algunas actividades fuera del horario escolar, como jugar con niños vecinos, con el hermano o andar en bicicleta.

Ambos niños eran llevados a control de crecimiento y desarrollo, al centro de salud, como parte de las exigencias para acceder a la AUH. Cuando se enfermaban, A...primero consultaba con la madre, buscando solucionar el problema de salud con remedios caseros o de venta libre y si no lograba su cometido, los llevaba al centro de salud o al hospital, pero siendo de su preferencia el hospital, por el solo hecho de que allí existía provisión de medicamentos.

A... describió el comportamiento del menor de 5 años, como un niño de carácter nervioso, despierto, temeroso de los animales y de la oscuridad, lo cual le daba mucho trabajo, pero a la vez lo calificó como muy inteligente. Su relación con los demás miembros de la familia (abuelos, tíos, primos y el hermano) era muy buena, porque le consentían todo.

Aunque la llegada del nuevo hijo, trajo consigo el aporte de la AUH, afectó en cierta medida la economía del hogar, los gastos aumentaron, mostrando cierto descontento con los entes estatales, mencionando que otras familias recibían AUH, bolsón y vales municipales y que a ella por tener solo dos hijos, le negaban el bolsón y/o el vale municipal. Vivían con lo que ganaba el padre en el obraje, con paga diaria y la AUH de los dos niños, costándoles llegar a fin de mes.

D...., la referente, madre de A...., soltera, 23 años, con trabajo inestable, tenía a B... de 6 años, no escolarizado y M....de 20 meses, ambos niños de padres desconocidos. Vivían en una vivienda precaria, un solo ambiente, carentes de servicios básicos y con necesidades básicas insatisfechas. D..., ama de casa, 58 años, viuda, era la abuela materna y se encontraba a cargo de los dos menores. Frente a esta situación la abuela, cuestionaba a A...., y juzgaba por su proceder, pero, por otra parte se solidarizaba haciéndose cargo de los menores para protegerlos.

Para aliviar la situación económica, su hija se había marchado Santiago (capital), en busca de trabajo, aunque la abuela aseguraba que era una falsedad, que lo que quería A...., era desentenderse de la crianza de los hijos. Sabía a ciencia cierta que no recibiría nada a cambio. El temor de la abuela era que apareciera embarazada y que luego quisiera hacer igual que quiso

hacer con *M...*(darla en adopción), cosa que ella no lo permitió, mostrando fuertes lazos familiares arraigados al mantener a los niños en el ámbito familiar a pesar de las dificultades en que vivían.

Los menores no eran llevados a control de crecimiento y desarrollo, *D.....*; aducía falta de tiempo, solo eran llevados al centro de salud u hospital cuando consideraba que el problema de salud era grave, de lo contrario, optaba, por utilizar de remedios caseros. (te de yuyos, friegas, etc).

Para la abuela materna, el carácter de la menor de 5 años, era agresivo, pero solo con ella, atribuyéndoselo a la ausencia y falta de atención materna. El comportamiento su hermanito de 6 años, era más amigable, a pesar de las diferencias de carácter, porque *B...* era tranquilo, manifestando que, de todas manera estaban más unidos, que peleados.

Manifestó no recibir ayuda económica de ningún tipo, la AUH, su hija nunca la gestionó por negligencia, tampoco ayuda alimentaria. Se observó en *D...* frustración, respecto a no poder acceder a planes sociales, pero, se mostraba como luchadora y defendía su economía hogareña, vendiendo huevos, gallinas, pan, tortillas, empanadas, que le redituaban beneficio, para poder sobrellevar la precariedad en que vivían. Dentro de todas las carencias observadas, *D..* se sentía responsable del cuidado de la salud de los nietos, que consideraba abandonados por la madre.

Para las dos entrevistas siguientes, no se encontraron menores de 5 años con madres vivas en el radio de 1 km de la localidad ubicada a 298 Km de la ciudad capital, donde se produjo la muerte materna en trance obstétrico de 2008 de *M...* quien dejó huérfano a *R....* de 4 años y 3 meses. Solo a 2 km, ubicamos las familias de *C....* y *M...*, con similares características, con 2 menores de 5 años que se mantenía en el núcleo familiar y cuyas madres accedieron a ser entrevistadas, cumplimentando los requisitos exigidos por la investigación.

C...., la referente, ama de casa, 33 años, vivía en el campo junto a *M...* su pareja de 54, de oficio hachero. Compartían la vivienda con *T...* abuela paterna, formando una familia ampliada y numerosa (9 miembros), de los cuales uno era menor de 5 años. *C....* el mayor de los hijos había completado la primaria, y colaboraba con las tareas del hogar. Los de 13, 11, 9 y 7 años, estaban escolarizados, no así *R....* menor de 5 años. Los escolarizados realizaban escasas actividades, fuera del horario escolar, dado que vivían en el campo y los vecinos estaban dispersos.

Todos los escolarizados y el menor de 5 años, recibían controles de crecimiento y desarrollo en el centro de salud de la localidad, ya que esto era necesario para poder recibir la AUH.

*C....*veía al control de salud como obligatorio solo para cobrar la AUH, porque consideraba que los niños eran sanos. Ante la enfermedad, admitió que primero acudía a la suegra, que era sabedora de cómo tratar las enfermedades y si no podía solucionar el problema de salud con remedios caseros o de venta libre, recién acudía al centro de salud o/y hospital.

Al describir el carácter y comportamiento de *R.....*, menor de 5 años, frente a los miembros de la familia; *C....*lo describió como autoritario, mandón que siempre quería ser el primero. Los hermanos estaban descontentos con su carácter porque a pesar de las manifestaciones de afecto que le demostraban, no lograban convencerlo para que participara de los juegos de los demás.

La llegada del nuevo miembro, afectó la economía del hogar, a pesar de que obtenían la AUH, pero con eso no alcanzaba. El ingreso económico era escaso para atender las necesidades de los 9 miembros de la familia. El salario del padre era insuficiente. Sobrevivían con la AUH, el aporte del padre y la ayuda de la madre que se ocupaba de criar aves de corral, sembraban maíz, zapallos, sandías, melón para consumo propio

M... la informante., de 40 años. Ama de casa, pertenecía a una familia nuclear, numerosa, (7 miembros); compuesta por *S.....*, su pareja, 52, jornalero rural. Completaban la familia 5 hijos: Uno de 12 años; que abandonó la escuela para acompañar y ayudar a los abuelos paternos que eran de edad avanzada que vivían cerca de *M.....* Los de 10, 8 y 7 años, escolarizados y *J. J...* de 4 años y 8 meses. Los escolarizados desarrollaban escasas actividades fuera de horario escolar. Según *M.*, los niños no eran llevados para control de crecimiento y desarrollo. Cuando se enfermaban, si no solucionaba el problema de salud con remedios caseros; entonces concurría al centro de salud u hospital.

M..... describió el carácter y comportamiento de *J. J....*, el menor de 5 años, como un niño celoso, mentiroso y autoritario. La relación con sus familiares no era muy cordial. Los hermanos no soportaban el temperamento del menor, el cual lo señalaban como impulsivo, inquieto, impaciente, controvertido y mentiroso, haciendo que los hermanos se enfrentaran entre ellos.

La familia no era beneficiaria de planes sociales, ni recibía la AUH, por no haberla tramitado, aduciendo que eso era solo político. Esta familia vivía con el aporte de la pareja, cuyo trabajo era informal y ella colaboraba con la venta de tejidos que realizaba. Además criaban aves de corral, caprinos, cerdos para consumo familiar y venta.

C... y *V....* pertenecían a un barrio periférico de la misma localidad, situada a 278 km de la capital, que *C.....*, fallecida en trance obstétrico 2008, y que dejó a *R...* huérfana menor de 5 años

C... la informante, 18 años, ama de casa y empleada doméstica, era madre soltera de *J....* de 2 años y 7 meses. Vivía junto a su madre *O.* 67 años, pensionada. Formaban una familia ampliada. La menor estaba al cuidado de la abuela materna mientras la madre trabajaba en servicio doméstico, pero a su regreso la madre era la responsable de su cuidado y atención.

C... se hacía cargo de los gastos del hogar, contando con la ayuda de su madre

La abuela materna relató que ella era la responsable del cuidado de la salud de *J....* porque se ocupaba de llevarla regularmente a control de crecimiento y desarrollo como exigencia para poder acceder a la AUH. Cuando se enfermaba la menor, primero era curada por la abuela con remedios caseros y si no mejoraba era llevada a la guardia del hospital.

En cuanto al carácter y comportamiento de *R.....*, la menor de 5 años, la madre la describió como buena y tranquila, a veces caprichosa ante la menor imposición de límites. Sus caprichos estaban basados en enojos, tiraba las cosas, se tiraba al suelo, manifestando que la niña se relacionaba mejor con la abuela, que con otros familiares.

Esta familia compuesta por 3 generaciones, abuela, hija y nieta, vivían en un barrio con carencias (calles de tierra, falta de gas natural, cloacas, alumbrado público) su vivienda era precaria y su situación económica era difícil pero se mantenían unidas.

V...la referente, pertenecía a una familia de hogar nuclear; madre de 5 hijos vivos, de los cuales una era menor de 5 años admitiendo que no había sido esperada. Existía un auto-convencimiento de que fue en reemplazo del fallecido a los 3 meses, por deshidratación por diarrea, hacía 14 años. Ella 48 años, ama de casa y B... su concubino, 50, albañil.

V... manifestó que el hijo de 17 y 12 años habían abandonado la primaria por repitencia. Uno fue a trabajar con el padre como albañil y el otro ayudaba en los quehaceres domésticos y cuidaba a E..., de 4 años y 11 meses. Solo estaban escolarizados; el de 15 y 11 años.

El varón, escolarizado, realizaba escasa actividad fuera del horario escolar como jugar a la pelota, a la vez colaboraba con la economía familiar vendiendo pastelitos, pan, tortilla, empanadas casa por casa, que fabricaba la madre y la niña jugaba en la casa con sus muñecas.

R..., la menor de 5 años no era llevada a control de crecimiento y desarrollo. Si se enfermaban concurría al hospital de forma inmediata, dada la triste experiencia vivida con la muerte del hijo de 3 meses, hacía ya varios años.

Al referirse V... al carácter y comportamiento de E... la describió como una niña obediente, inquieta y agrandada. Su relación con los mayores era muy buena, no así con el padre que no soportaba que fuera tan inquieta. La presencia de esta niña hizo que los hermanos fueran más unidos.

Nunca gestionaron planes sociales ni AUH, bajo la decepción de que si no pertenecían a la clase política que conducía el gobierno, eran castigados poniéndoles obstáculos para su concreción.

Se observó que V..., estaba resignada a la situación económica que le tocaba vivir, sin embargo no se quejaba. V... había aprendido de su madre el oficio de hacer pastelitos, pan, tortilla, chipacos y empanadas que vendía, con la ayuda de sus hijos, como aporte al ingreso familiar.

Una lectura Necesaria

La severa desigualdad territorial es una realidad significativa en Santiago del Estero, en ámbitos tan diversos como la pobreza, la salud, la educación, el empleo, la seguridad ciudadana o la igualdad de género. Estas dimensiones siempre ocultaron diferencias entre ricos y pobres.

Como surgió de los relatos de los interlocutores, ellos mismos se definieron como “pobres”; ya que así lo auto-percibían, por falta de recursos para procurar la subsistencia familiar. La condición de “pobres” en el medio marginal y rural, iba más allá de la insatisfacción de las necesidades básicas, expresando una sensación de carencias más profundas y persistentes, ya que sufrían situaciones de estigmatización de sus prácticas cotidianas y de sus estilos de vida. En este sentido, sus demandas apelaban a la dignidad y la autoestima de su derecho a ser incluidos.

Para ellos no existía un “antes” y un “después”, solo se limitaban a decir:

“Toda la vida vamos a ser pobres”

Capítulo IV

DISCUSION y CONCLUSIONES

Nuestras observaciones muestran a Santiago del Estero como una provincia pobre, cuya pobreza se intensifica en los sectores marginales de capital y de localidades del interior de la provincia y sus áreas rurales, son observaciones compatibles con el informe producido por la Dirección Nacional de Relaciones Económicas con las Provincias. (DINREP). 2014 (140)

La población del departamento General Taboada donde se produjo el mayor número de muertes maternas 2008, es dispersa, las familias están inmersas en un escenario socio-económico adverso, donde se comprobó lo expresado en el informe “El desarrollo humano en Argentina” publicado por PNUD (2009) (141) en el que manifiesta que que 82 familias de cada 100 familias son pobres.

El Hospital Regional “Dr. Ramón Carrillo”, es el hospital referencial de adultos de la provincia de Santiago del Estero y centro derivador que atiende alrededor de 7000 mujeres en proceso reproductivo y 2000 mujeres en proceso de aborto por año. (218)

De acuerdo a criterios del Ministerio de Salud de la Nación, el hospital de referencia donde se obtuvieron los datos de las muertes maternas, está comprendido en un nivel de complejidad entre VIII y IX, (Resol 267/03), porque no posee medicina nuclear y no es hospital universitario, aunque existen distintas residencias rentadas, de nivel nacional; de profesionales médicos, obstétricos/as y pasantías de enfermería provinciales. En cuanto a la organización sanitaria es un centro que puede dar respuesta a requerimientos de alta complejidad de atención durante las 24 horas y los 365 días del año.

La muerte materna, en argentina y en Santiago del Estero, constituye un problema de salud pública prioritario por su magnitud, gravedad y vulnerabilidad; es un evento que marca la calidad de atención como hemos podido observar en este estudio que concuerdan con los estudios de UN/PNUD/UNFPA/UNICEF/PMA: Balance sobre los ODM (2010) (82) porque se trata de un problema de salud que permite determinar debilidades y fortalezas de una práctica médica específica o de una red de servicios, es además un suceso adverso prevenible porque resulta de una complicación no intencional que ocasiona una prolongación de la estadía hospitalaria, discapacidad al momento del alta o muerte de la persona, y un acontecimiento desfavorable que ocurre debido a un error en el proceso de atención. Estas tres razones son sustento suficiente para que la muerte materna sea objeto de vigilancia por parte del sistema de salud, que en este caso no es atendido suficientemente.

La mortalidad materna 2008 en Santiago del Estero estudiada, reveló que existió sub-registro (101) (102), así lo demuestra la información proporcionada por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS-2009) (152) cuyos datos no se ajustan a los obtenidos por la autora en la revisión de las historias clínicas en el hospital de referencia. Los antecedentes sobre sub-registro en el hospital, concuerdan con los estudios realizados sobre Morbilidad Severa y Mortalidad Materna en Santiago del Estero. Un análisis de la Situación Provincial, (2009) (147). Además está apoyado por el estudio de Cobos, M. I; Miller, T; Ruiz Salguero M, (2013) (71) en la que indica que el mismo aumenta, por el ocultamiento del aborto ilegal y/o por el error en el registro de las causas de muerte.

La inexactitud de los registros, observados en la revisión de las historias clínicas, evidenció graves falencias en su llenado, ya que no se contaba con toda la información necesaria o en muchos casos el informe de derivaciones acompañado desde la organización institucional del interior de la provincia no era claramente legible y con escasos o sin registros de referencia, a lo que se agrega la escasa o falta de vigilancia activa de la mortalidad materna a nivel provincial, siendo éstos, datos categóricos a la hora de analizar el sub-registro, aun cuando se incluyen dos preguntas claves para reducir el sub-registro (101) (102)

Si los datos están bien registrados, aplicando el Análisis Causa Raíz (ACR) para identificar las fallas en los procesos de atención y sistemas hospitalarios, que pueden no ser aparentes en forma inmediata, y pueden haber contribuido a la ocurrencia de un evento adverso y/o casi daño se puede establecer: ¿qué sucedió?, ¿por qué sucedió? Y ¿qué puede hacerse para prevenir que no suceda de nuevo? Con ello podemos hacer un seguimiento para conocer la ruta que sigue cada mujer y saber si es por falta de atención o por determinantes sociales, como lo expresado por Ortiz, Z y col (2011) (114)

En Santiago del Estero se crea el Comité Provincial de Mortalidad Materna en el 2001, haciéndose efectivo en el 2002. Estaba constituido por un grupo de profesionales del equipo de salud de la Dirección de Maternidad e Infancia y de la Universidad Nacional de Santiago del Estero, cuya tarea era el análisis de los casos de mortalidad materna producidos en la provincia. Como este comité no es permanente, cambia con cada gobierno, dificulta la tarea, porque siempre hay que comenzar a capacitar al equipo de salud en técnicas cualitativas. La actividad de este comité se centró, al comienzo, fundamentalmente, en la revisión de las 23 historias clínicas de muertes maternas del año 2003, realizándose solo 4 entrevistas en profundidad a los familiares por falta de medios de movilidad. Para estos eventos, los análisis se realizaron varios meses después de ocurrida la muerte, sobre la base de documentación que no contaba con toda la información necesaria. En los casos analizados el foco se centró en develar las razones de la muerte materna, observando que la muerte de adolescentes por causa de abortos clandestinos, denunciaban la

necesidad de una mayor cobertura de salud sexual y reproductiva; con información y acceso a los anticonceptivos, para disminuir los embarazos no deseados y el inicio precoz de las relaciones sexuales. Desde la organización institucional, se detectó también, que las derivaciones desde el interior de la provincia incidieron en forma negativa en la resolución de los casos, motivados por la demora en el traslado, derivación inoportuna, sin una comunicación previa, sin un registro normatizado de la referencia y contra-referencia, que garantizara la continuidad del sistema, expresiones que son análogas a los estudios realizados sobre Mortalidad Materna en Santiago del Estero, (2006) (151)

En todas las regiones del mundo, las muertes maternas ocurren por cinco causas principales como lo indican los estudios de Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels JD, sobre "Causas globales de Mortalidad Materna" (2014); (10) las hemorragias, las infecciones, los trastornos hipertensión, el parto obstruido y las complicaciones por aborto inseguro, motivo de la ilegalidad de esta práctica, donde las mujeres y sobre todo las adolescentes de bajos recursos hacen uso de ella, como aseveran los estudios de González, R, (2010) (59) Estas mismas causas son las que se registraron en este estudio y que ponen en riesgo, sobre todo, la vida de las mujeres campesinas santiagueñas, con el agregado de que en muchos casos pueden prevenirse, con información, acceso a la anticoncepción y/o con un buen tratamiento clínico y oportuno, con tecnología apropiada y de bajo costo (5) a las que no tuvieron oportunidad de acceder.

La falta de planificación familiar la descalificación de los cónyuges y de las propias mujeres que no le dan importancia al control pre-natal, sea por desinformación, indiferencia, o negligencia, que según los informantes entrevistados, preferían parir en casa, o con la partera empírica que las contenía, antes que concurrir al hospital o centro de salud, ya que los horarios no se adecuaban a sus necesidades, recibían trato descortés, vivían demasiado lejos del centro de salud, las actividades hogareñas le restaban tiempo, el cuidado de la familia numerosa, fueron razones que las condujeron a la muerte. Esta realidad encaja con los estudios del Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR) (2010) (63)

Se ha observado en este estudio que la edad de las mujeres fallecidas, el grupo más afectado fue el de 26 a 32 años de edad, mujeres que se encontraban en etapa reproductiva, eran multíparas, con intervalos inter-genésicos cortos y con escasos recursos económicos como las mujeres santiagueñas rurales estudiadas de ambos grupos, donde una de cada tres mujeres vivía a varios Km del servicio de salud más cercano y carecía de medios de transporte propio para llegar a él, lo que acredita que eran mujeres con mayor riesgo de muerte, observaciones convergentes con estudios realizados a nivel internacional como los de de Ramírez Mejía, F; y otros ,(2003) (60) OPS/OMS/UNICEF/FUNAP/BM/BID/USAID/FAO, (1994) (56) y UN, (2015) (27).

En este estudio se observó que tanto las madres fallecidas como las madres vivas que vivían en sectores marginales de las ciudades o pueblos del interior, tenían baja escolaridad y sus ocupaciones no reportaban suficientes ingresos económicos en dinero, dado que la generalidad eran amas de casa, aunque algunas, a la vez desarrollaban actividades domésticas por tiempo limitado, en casas de familias más acomodadas. Se sabe que la escolaridad en las mujeres como sostiene la OPS/OMS, (2004) (26) mejora la salud de la madre y el niño. Así surge de la visión optimista de una madre entrevistada que consideraba que elevando el nivel de educación los hijos, éstos tendrían mejores oportunidades de trabajo de las que han tenido ellos.

En relación a las causas de muerte, se encontró como principal causa de muerte materna en trance obstétrico 2008 en el hospital de referencia: el aborto inseguro, llegando casi a un 60%, Estos datos superan ampliamente lo sostenido por los organismos internacionales en los que advierten que los abortos clandestinos en condiciones precarias provocan la muerte del 33% de las mujeres a nivel mundial. Esta grave realidad quedó demostrada en los informes del Ministerio de Salud. Dirección de Estadísticas e Información Básica (DEIS). 2009 (107) 2010 (108), 2011 (109), 2012 (110), 2013 (111) 2014 (112), en los que se registra el número de abortos que se producen por año y por provincia. Entre otras causas de muertes maternas observadas en este estudio figuran: hemorragias obstétricas, infecciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, enfermedades maternas pre-existentes, donde se constató que dos de las fallecidas eran portadoras de HIV (+) no controladas. Estas causas son similares a las que ocurren en la mayoría de los países del mundo como indica la OMS, (2015) (6), el documento sobre Morbi-Mortalidad Materna y Mortalidad Infantil en la República Argentina (2004) (12); el estudio de Herrera, M (11) y lo expresado por Ban Ki-moon, al presentar la Estrategia Mundial de salud de las mujeres y los niños (2010) (17)

En relación a los abortos inseguros, el estudio señaló que un alto porcentaje eran adolescentes entre 14 y 17 años, provenían de sectores pobres del interior, con baja escolaridad, probablemente con embarazo no deseado, donde las dificultades al acceso de la anticoncepción, a la educación sexual, a los servicios de salud de calidad, entre otros; fueron factores negativos importantes a la hora de tomar decisiones adecuadas, como denuncia el Informe de la Conferencia: Desarmando la crítica. El Cairo, cinco años después. (2000). (55) hallazgos concordantes con lo citado por Pantelides, E y Moreno M J (2009) (113); por Bianco, M (2010) (125) en los informes de monitoreo del Programa de Salud Sexual y Reproductiva en Santiago del Estero (2008) (149) (2011) (150); y los producidos por UN/PNUD/CNCPS (2010) (123) y PNUD/CNCPS (2015) (124), donde además destacan el aumento del embarazo adolescente es importante en el país.. Este antecedente muchas veces conlleva a esta práctica ilegal en precarias condiciones; que se agrava en los sectores carenciados como lo observado en este estudio. Estas condiciones,

reafirman lo expresado en las estadísticas internacionales cuando OMS (2008) destaca que se practican anualmente en mujeres de entre 15 y 19 años de países en desarrollo, alrededor de 3.000.000 de interrupciones del embarazo en circunstancias desfavorables.

Por otro lado, el estudio indicó que el 50% de los partos de las mujeres fallecidas terminaron en cesáreas, resultados que discrepan considerablemente con lo expresado por OMS en la que considera que no deberían superar el 15%. La literatura revisada (115) destaca además la influencia negativa que tiene la operación cesárea y sus complicaciones sobre el indicador de muerte materna, donde juega el componente séptico un papel principal. En este estudio, varía según lo expuesto por la bibliografía analizada, ya que la mayoría de las muertes maternas se produjeron por hemorragias post-parto. Esto se da porque la mayoría de las mujeres llegan tarde al hospital de referencia, los servicios de salud del interior carecen de capacidad resolutive y muchas de estas maternidades no cumplen con las Condiciones Obstétricas Neonatales Esenciales (CONE) (116) para atender las emergencias obstétricas lo que explica el elevado número de muertes maternas como uno de los problemas que enfrenta Santiago del Estero. La situación es alarmante pues son las mujeres del área rural del interior de la provincia, quienes siguen engrosando las estadísticas, como muestra el presente estudio. En cambio se encontró que el grupo de madres vivas estudiadas, llegaron al parto, en mejores condiciones que las fallecidas, porque según sus propias referencias, estaban más informadas, hacían uso de la anticoncepción y del control prenatal, como lo indica la norma, detectándose un menor número de cesáreas.

Como determinantes de la muerte materna prevaleció la pobreza, como fuente importante de vulnerabilidad, la marginalidad, la desigualdad, la inequidad, la falta de acceso al agua potable, al saneamiento básico, a los servicios de salud por razones geográficas, económicas y culturales; fueron resultados coincidentes con los descriptos por De Murcia (2010) (69)

Por otro lado se encontró que la mayoría de las mujeres fallecidas y de madres vivas pertenecía al área rural, eran familias numerosas, vivían en hacinamiento crítico, carecían o eran inadecuados o insuficientes los servicios básicos, (24) aisladas e incomunicadas de los centros urbanos por la escasez de transporte, tanto particular como público, las malas condiciones de los caminos, las distancias y los costos, cuyos resultados son concordantes con el estudio efectuado por el BM en el área rural de Santiago del Estero (2001) (146) donde precisamente estos condicionantes a los que se agregan el estado civil soltera, baja escolaridad, atención de familia numerosa, entre otros como menciona De Murcia están muy ligadas a la muerte materna en trance obstétrico, con amplias repercusiones familiares y sociales, produciendo la segmentación de la familia, (103) que impacta negativamente en forma directa, sobre la salud física, psicológica, de los huérfanos.

Las dificultades señaladas, fueron para las mujeres santiagueñas barreras infranqueables y determinantes que llevaron a las embarazadas a no poder ejercer sus derechos humanos básicos sobre salud sexual y reproductiva y que estuvo ocasionada por las condiciones en que ellas vivían, en lugares aislados, esparcidos por todo el territorio provincial y que fueron observadas por la autora en este estudio y que se reflejan en lo expresado por Halfdan T. Mahler cuando aseguraba que ellas son mujeres pobres e ignoradas (2) por las cuales prescindieron de los controles prenatales y/o cuando percibieron que se acercaba el trabajo de parto, no alcanzaron a llegar al servicio de salud y cuando lo hicieron, se hallaban en estado crítico, con complicaciones severas y de difícil recuperación, cuyo resultado trágico, terminó con su muerte. Todas estas situaciones guardan una estrecha relación con la calidad de los servicios de salud, que lleva a estas mujeres fallecidas a dejar hijos huérfanos en situación social y familiar de desprotección, como en los casos estudiados. La realidad descrita, converge con los estudios realizado por Ramos, S y otros (2004) (25) ONU (2005) (104) BM (2007) (105) BM (2010) (106) PNUD (2010) (65) UNFRA (2012) (166), en las que ponen de manifiesto que las familias que tiene en su seno una muerte materna, se convierten familias vulnerables, agravando su situación económica cuando deben hacerse cargo de los huérfanos.

También se encontró que tanto las familias cuidadoras de huérfanos, como las de madres vivas, carecían de cobertura de salud en el 100% de los casos estudiados; dato que armoniza con lo expresado por OPS/OMS/CEPAL/PNUD (2011) (145) cuando estudia la organización y cobertura del Sistema de salud de la Argentina indicando que el 64% del total de la población santiagueña no cuenta con cobertura médica.

Las viviendas y formas de vida que operaban en las familias santiagueñas rurales de ambos grupos, observadas en terreno por la autora durante las visitas domiciliaria, se mantenían intactas de acuerdo a lo descripto por Di Lullo, O (2010) (142) y (1969) (144). Se observó que las paredes de la mayoría de las viviendas, eran de barro entreverado con pasto (lo que se llama barro crudo). El piso de tierra, el techo de suncho (planta del lugar), pasto y tierra; no tenían provisión de agua potable y las instalaciones sanitarias se encontraban fuera de la vivienda, era una letrina o sólo un pozo en la tierra. Al lado de la casa estaba la cocina, separada. Cocinaban en braseros o haciendo un fogón en el suelo con leña recogida del campo. Muchas familias tenían un horno para hacer pan. Un poco más lejos estaban los corrales, hechos con postes o con ramas. El mobiliario era escaso y rudimentario.

De la observación en terreno, surge que tanto en el área urbano-marginal de la capital y Banda, en ciudades del interior y en el área rural, la mayoría de las viviendas de los interlocutores, eran deficitarias y precarias; siendo similares a las descriptas en los estudios realizados por el Banco Interamericano de Desarrollo BID; (2012) (84), Bouillon, C, P; Azevedo, V; Herrera, (2012)

(85) y UNICEF (2012) (137), que informa que el 46,7% de la población santiagueña, viven en casa con esas condiciones, dato que contrasta escasamente, de los elaborados por el INDEC con el censo 2010, (231) en los que registra que el 45,3%, de este tipo de viviendas pertenecen a Santiago del Estero. El Programa de Lucha contra el Chagas, de Santiago del Estero, informa que aún subsisten alrededor de 50.000 viviendas rancho y precarias en las zonas rurales y 20.000 en zonas urbanas.

Las estrategias observadas por la autora que utilizaban las mujeres rurales de ambos grupos para maximizar los ingresos y subsistir comprendían actividades campesinas tales como: sembrar de maíz, sandías, melón; criaban cabritos, cerdos, aves de corral, para poder alimentarse y vestirse. La totalidad de los hombres, poseían un nivel de escolaridad bajo y no contaban con una capacitación necesaria para obtener empleo formal, eran asalariados informales, cumplían tareas como peones rurales, hacheros, cosecheros estacionales, empleados temporarios, albañiles, changarines, observaciones que se hallan en concordancia con los estudios efectuados en otros países de América Latina y el mundo PNUP (2011) (67) BM (2011) (68) y con la publicación de Biaggi, C, Canevari, C, Tasso, A, (2007) (143), en la que destaca específicamente, este último estudio que la mujer rural santiagueña cumple con la doble función de producción y reproducción, siendo la responsable de la crianza de los hijos, cuidar a sus padres, a su pareja u otras personas y a la vez participar de actividades de la agricultura familiar y elaborar productos para la venta o autoconsumo, para poder subsistir. En las cosechas intervienen todos los brazos familiares. En caso de sobrantes, suelen comercializarlos, para obtener otra fuente de ingresos. La estrategia de subsistencia consiste en tener una familia extensa y numerosa, donde los miembros aportan tanto desde adentro como desde afuera, a la unidad doméstica.

La mayoría de las familias estudiadas, tanto de las fallecidas como las de madres vivas, eran numerosas, con más de 4 miembros, lo que es compatible con el concepto establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la que considera a las familias con 4 hijos o más como numerosas y los estudios realizados en los diferentes contextos de nuestro país, hoy, que indican que la mayoría de las familias numerosas se encuentran mayoritariamente en la base de la pirámide social y son, familias de clase baja, por debajo de la línea de pobreza. (173)

Formar parte de una familia numerosa como lo observado en las familias estudiadas, en la cual los informantes hacían referencia a que el aumento de la familia, sobre todo cuando incorporaron los huérfanos de la mortalidad materna, traía aparejado problemas en relación a la alimentación, vestimenta, educación, salud, pero a la vez consideraban como ventaja que en el futuro harían aportes que contribuirían al sostenimiento, indica que lo indicado muestra resultados similares a los encontrados en los estudios de UNICEF y CEPAL (2010) (86)

Las transformaciones en la composición y dinámica familiar, observadas durante las entrevistas, donde los problemas culturales, socioeconómicos y los cambios que se operaban en los roles de los miembros, al interior de las familias cuidadoras de huérfanos, convirtieron a muchas de ellas, en familias ampliadas, donde compartían la vida en común, responsabilidades y recursos, si bien en varios casos conservaban cierta autonomía, aunque muchas veces, esto afectaba la economía y la salud de toda la familia, donde se destaca la impronta del niño huérfano, y todos los miembros se solidarizaban unos con otros, estas referencias, son coincidente con lo expresado en los documentos de Naciones Unidas referidas a la niñez (1989) (28) (29) (30)

Es observable en este estudio, la iniciación a corta edad de los niños/as en actividades rutinarias como ayudar a los padres en las tareas rurales, cuidar a los abuelos o juntar y acarrear agua, lavar ropa, recolectar leña, vender por la calle o de casa en casa, productos de granja (huevos, gallinas, cabritos y/o culinarios (pastelitos, tortilla, pan con grasa, pan con chicharrón, empanadas saladas y/o dulces o artículos como flores artificiales, tejidos, adornos etc, producidos por la propia familia, lo que los condujo muchas veces a abandonar tempranamente la escuela. En algunos casos, los niños huérfanos mayores tenían que atender a sus hermanos menores y por tanto no podían asistir a la escuela, de este modo dichos registros concuerdan con los estudios de NU/UNICEF (1990) (31) y UNICEF (2007) (36)

Los informes mundiales, regionales y nacionales sobre la infancia insisten en la necesidad de establecer una atención sostenida para todos los niños en todas las edades, especialmente de cero a cinco años, para terminar con las desigualdades y garantizar los derechos de la niñez para que puedan aprovechar todas las oportunidades de desarrollo para prosperar en la vida. (38) (39), situación que no se ha observado en este estudio dado la precariedad en que vivían las familias de ambos grupos.

Con cada muerte materna, la posibilidad que sus hijos tienen de morir dentro de los dos años subsiguientes es de tres a diez veces mayor que si tuvieran los dos padres vivos (37) Esta situación no se ha observado en este estudio, ya que ninguno de los huérfanos menores de 5 años había fallecido a las fecha de las entrevistas; pero quedó demostrado existía un alto número de huérfanos y que cada familia cuidadora debía atender entre 1 y 4 huérfanos, de diferentes edades. Son los 51 huérfanos que dejaron 12 de las 16 mujeres fallecidas en trance obstétrico en el 2008, de los cuales 7 eran menores de 5 años.

En relación a la hipótesis planteada en este estudio en la que se expresó que: ***Es probable que la situación socio-demográficas y de salud de los hijos de 0 a 5 años de madres fallecidas en trance obstétrico ocurridas en el Hospital Regional “Dr Ramón Carrillo” durante el año 2008, sea insatisfactoria,*** la autora señala que los resultados obtenidos de las

evaluaciones realizadas, difieren en algunos aspectos referidos a que la salud, física (crecimiento-estado nutricional) y cognitiva y emocional (desarrollo) en los hijos de 0 a 5 años de madres fallecidas en trance obstétrico, muestran que la mayoría de ellos mantenían un estado nutricional adecuado con buen estado de salud física y desarrollo; no así su situación socio-familiar en la muchos de ellos se encontraban en distintos grados de riesgos, existiendo una estrecha relación entre los factores sociales como son el estilo de vida (que remite a las costumbres, actitudes, modelos culturales) y la capacidad económica del grupo familiar, lo que representa un significativo incremento de su vulnerabilidad .en el riesgo de muerte (48)

Al referirnos a los huérfanos, menores de 5 años, de madres fallecidas en trance obstétrico en el hospital de referencia, encontramos alguna diferencias con las bibliografías revisadas UNICEF (2006) (158) y el documento de Family Health International (2002) (160) en las indican que el desarrollo social, cognitivo, psicológico y físico son efectos negativos comunes a largo plazo de la orfandad, advirtiéndole que cuando más pequeño un niño queda huérfano y cuanto más tiempo se queda sin hogar familiar, más drástico es el impacto que sus experiencias tendrán como huérfano en su desarrollo debido principalmente a la falta de cariño; cuidados de atención de salud de calidad; desatención, haciéndolos más susceptibles y vulnerables a la enfermedad, lo que dificulta que desarrollen una conexión social saludable.

A diferencias de estos estudios, a pesar de la precariedad socioeconómica en que vivían y se desarrollaban, nuestras observaciones dieron cuenta de la situación favorable en los niños menores de 5 años huérfanos de las muertes maternas analizadas, dado que, en estos casos, eran niños atendidos, queridos y contenidos, que mantenían sólidos vínculos dentro de su núcleo familiar y que no presentaban evidencias notorias perjudiciales, como lo expresa el estudio de OMS/UNICEF (2012) (34) relacionado con la morbi-mortalidad en menores de 5 años, en la que hace mención a las desventajas que tienen por ser niños menores de 5 años y además huérfanos. En este caso

UNICEF en la *Declaración Mundial sobre Supervivencia, la Protección y el desarrollo del Niño*. (33) en su séptimo objetivo principal de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia (1990) pidió la protección de los niños en circunstancias especialmente difíciles, en particular en situaciones de orfandad, ya que todos los niños y niñas tienen derecho a crecer en un entorno protector, como lo indica el Plan de Acción de la Cumbre del Milenio, de lo contrario corren riesgos de quedar excluidos e invisibles. El caso de los huérfanos estudiados, no fueron institucionalizados, tampoco dados en adopción, ni abandonados por los familiares directos, comprobándose al momento de las entrevistas que ninguno de ellos había fallecido, que se mantenían en el núcleo familiar con contacto físico y afectivo de sus seres queridos que les ayudaban a enfrentar la pérdida de la muerte de la madre, contribuyendo a una conexión social saludable.

Al referirnos al crecimiento de los niños huérfanos menores de 5 años de la mortalidad materna en trance obstétrico 2008 que se mantenían en el núcleo familiar, se observó durante los controles domiciliarios, al revisar el estado nutricional, que estuvo presente en dos de los niños huérfanos la desnutrición, valorada por la autora como desnutrición crónica reagudizada; tomando como criterio la clasificación de Roggiero E y Di Sanzo M (221), en la que ambos mostraron signos de adelgazamiento, con diarreas a repetición, (por referencias de los informantes), desde los primeros meses de vida con deposiciones líquidas diarias, diurnas y nocturnas. La desnutrición en uno de ellos estuvo complicada con neumonía, por lo cual debió ser hospitalizado, recibiendo poca atención por parte de la familia cuidadora. El otro era de baja estatura, bajo peso, y muy delgado, encontrándose, según referencias de la interlocutora, bajo tratamiento médico con control de crecimiento y desarrollo. De los 7 huérfanos uno tenía sobrepeso, sin control.

El autor de referencia destaca que para lograr la recuperación de un niño desnutrido es importante además de corregir los problemas médicos y dar una atención nutricional apropiada, es necesario, poder generar un medio social adecuado y poder brindar el afecto y estímulo continuo por parte de su familia, dado que la pobreza, el hambre y la falta de protección ponen en peligro la vida de los niños. Estos huérfanos se mantenían en familia con muestras de cariño y aceptación por todos los miembros del grupo familiar.

Estos conceptos acerca de forma de encarar la desnutrición, están respaldados por UNICEF (2010) (51) (PMA) (2011) (138) (FAO) (2012) (52) FAO/FIDA/PMA (2013) (99) al afirmar que cuando los niños no tienen alimentos suficientes y adecuados para estar saludables corren riesgos irreparables, porque la buena alimentación en el primer año de vida, con amor, cariño, cobijo, estimulación, marca la suerte de ese niño para el resto de su vida.

En cuanto a la valoración de las dos niñas nacidas de madres fallecidas portadoras de HIV (+) se comprobó que se hallaban con crecimiento y estado nutricional acorde a la edad, bajo control médico cada 6 meses, encontrándose al momento de las entrevistas libres de enfermedad.

En cuanto a los niños de madres vivas del muestreo aleatorio, cuando se evaluó el crecimiento de los menores de 5 años, se encontró en relación al estado nutricional que dos niños se encontraban con sobrepeso. Los familiares manifestaron que estaban satisfechos porque los niños/as eran de buen comer y que no se les privaba de nada, desconociendo las graves consecuencias que pueden repercutir sobre su salud, cuando se encuentran con sobrepeso.

El Plan Alimentario Nacional (PAN) (179) que alcanza a todo el país, entrega asistencia alimentaria a familias con niños menores de 14 años, mujeres embarazadas, desnutridos, discapacitados y adultos mayores que viven en condiciones socialmente desfavorables y con

vulnerabilidad nutricional, muestra de acuerdo a este estudio, que dicho plan no llegaba a la mayoría de las familias cuidadoras de los niños menores de 5 años huérfanos y de madres vivas. Pocas familias eran beneficiarias de este plan y de otros planes alimentarios como ayuda económica y/o asistencia alimentaria consistente en el bolsón con alimentos no perecederos entregado por el gobierno provincial, lo cual les hubiera permitido mejorar su situación económica y calidad de vida.

Los niños huérfanos de este estudio presentaron una alta tasa de inmunización incompleta, lo cual puede estar relacionado con que la mayoría no concurría a centros educativos y tampoco a control de crecimiento y desarrollo por las razones de horarios y distancias al centro de salud, constituyendo un obstáculo para vacunarlos y por saberes culturales dado que las familias campesinas santiagueñas consideraban a los niños como “sanos” y que no necesitan ser vacunados, poniendo de manifiesto desconocimiento por parte de los interlocutores acerca de la importancia que tiene la vacunación para la prevención de las enfermedades de la infancia. Los niños menores de 5 años de madres vivas vacunados era que eran más y mejor vacunados, lo que demostró un mayor compromiso.

En cuanto a los problemas del desarrollo en el niño en nuestro país es variado según lo indica, Lejárraga, H (2004) (175) cuando describe la importancia que tendrán en el futuro estos problemas para el desarrollo bio-psico-social en el niño, expresando que van desde problemas de adaptación social, hasta motores y de lenguaje. Siguiendo a este autor y aplicando la Prueba Nacional de Pesquisa (2005) (222), nuestras observaciones demostraron que los huérfanos menores de 5 años y de madres vivas estudiados presentaron pocas dificultades en el desarrollo.

En el área personal social, los niños huérfanos alcanzaron el puntaje máximo, y los de madres vivas, solo uno se mostró poco comunicativo, y poco sociable, mientras que en motricidad fina, motricidad gruesa y lenguaje, se observaron en ambos grupos pocas dificultades como: precisión, saltar y formar frases, hallazgos aún a lo descripto por Lejarraga, H, en la que pone de manifiesto que si los niños se mantienen en el núcleo familiar donde el afecto y el contacto físico les proporciona mayor seguridad y confianza, seguramente se desarrollarán saludablemente, enfatizando la importancia que tiene la calidad de la relación niño-cuidador y madre-niño que está directamente relacionada con el crecimiento y desarrollo del niño.

Al verificar las enfermedades padecidas, se observó que tanto los niños huérfanos menores de 5 años, como los de madres vivas, controlados en las visitas domiciliarias habían padecido enfermedades respiratorias agudas en su mayoría con prevalencia de neumonías, hallazgos concordantes con la bibliografía analizada, en la que describe que las infecciones respiratorias agudas afectan principalmente a los niños menores de 5 años, son un problema de

salud pública importante para la población infantil como menciona la guía para el abordaje integral para las infecciones respiratorias agudas para profesionales de la salud del MSN (2010) (223) y Alonso Nieto Guevara, J (2011) en la que sostiene que la neumonía y la diarrea son los principales victimarios (98) OMS (2012) (44) OMS (2012) (134), haciendo hincapié en la importancia de la vacunación, combatir la malnutrición y la contaminación ambiental.

Al hacer referencia a las enfermedades diarreicas agudas (EDA), descritas por OMS (2009) (224) como segunda causa de muerte en niños menores de 5 años, que configuran un serio problema de salud que enfrentan los países subdesarrollados y algunos desarrollados en el mundo de hoy, tal descripción se hace realidad en los niños menores de 5 años huérfanos y de madres vivas santiagueños, identificados en este estudio, que si bien no fallecieron, perdieron rápidamente peso y debieron recibir tratamiento médico. Las causas subyacentes observadas en este estudio, no son menores: las barreras geográficas, económicas y culturales a algunos informantes no les permitió llegar a tiempo; otros no reconocieron la gravedad del problema y demoraron en concurrir al centro de salud. Estas observaciones son coincidentes con los estudios realizados por UNICEF/OMS/BM/UN (2013) (46) cuyos enunciados señalan que es una de las principales causas de morbi-mortalidad infantil en los niños menores de 5 años de los países del tercer mundo y que todas estas enfermedades pueden evitarse con control de crecimiento y desarrollo, vacunación, higiene, nutrición y saneamiento ambiente

Buscando diferencias y similitudes en relación al estado de salud entre los niños huérfanos y de madres vivas menores de 5 años, se ha observado que los niños de madres vivas se encontraban en mejores condiciones de salud que los huérfanos en cuanto a crecimiento, sospechando que al tener sus madres vivas eran mejor atendidos y cuidados, aunque igualaron en desarrollo.

Dentro de las familias cuidadoras de huérfanos, y de madres vivas, en el ámbito de la salud, la persona que tenía un papel preponderante, casi siempre eran las abuelas; que cuando surgía un malestar o enfermedad, aparecían como primer recurso de atención. Ellas eran el eje o intermediario de las terapéuticas, fueran indicadas por el profesional de la salud, por el curandero como principal efector de la medicina popular o por propia decisión. Las abuelas, conocían una gran variedad de plantas medicinales, lo que pudo constatarse en las entrevistas, donde pudieron describir sus efectos curativos, forma de preparación y administración. Eran las primeras que actuaban, las que decidían cuándo, cómo y a quién recurrir ante un problema de salud de algún miembro de la familia

Sobre los discursos de los informantes de ambos grupos en relación a la situación de enfermedad de los niños/as, al carecer de cobertura médica, los interlocutores describieron,

explicaron y argumentaron con los elementos que tenían, que cuando los niños se enfermaban, optaban por solucionar sus problemas de salud, dentro del ámbito familiar con remedios caseros (tés de yuyos, friegas, cataplasmas etc) o con consultas a personas mayores a las que consideraban experimentadas y/o concurrían al curandero, que los curaba de palabra como el empacho, la ojeadora, la papera, el dolor de cabeza, el dolor de muelas, el dolor de anginas y otras dolencias, práctica usual en marginalidad urbana y rural de Santiago del Estero.

En cuanto a los curanderos, los interlocutores nos informaron que conocen las propiedades medicamentosas de gran número de plantas de la región, como la “coca”, el “boldo”, el “paico”, “la cascarilla” y tantas otras las que son administradas, sin contar con seguridad sobre los beneficios que pueden reportarles. También se observó en los niños de ambos grupos, la influencia del color rojo, como pulseras o hilos rojos apoyados en la frente, para protegerlos de la “ojedura” y de enfermedades, y para auyentar a los malos espíritus.

En este sentido, todos los cuidadores de ambos grupos, consideraron a los menores como: “sanitos” y que no necesitaban control de crecimiento y desarrollo, viendo esto como simplemente “natural”, solo concurrían al control de crecimiento y desarrollo los beneficiarios de la AUH, para cumplir con el requisito exigido por el gobierno y no por convicción. Solo ante la enfermedad grave concurrían a la institución de salud. En algunos casos la vivencia dolorosa de tener un niño muerto menor de 5 años con anterioridad a las entrevistas, recurrían a la atención médica oportuna. Estos señalamientos son concordantes con lo puntualizado por Bronfman (2001) en su libro: “Cómo se vive se muere” (176), acerca de las vivencias relatadas por los interlocutores sobre la salud-enfermedad y muerte de los niños.

Los estudios de Thielman, N y otros, (2012) (170) UNICEF/CIDH (Comisión Interamericana de Derechos Humanos)/OEA. (2013) (174) Whitley, D. M (2007) (177) Brown, E.J y otros (2000) (181) y Domínguez, A; y otros (2006) (180) confirman como nuestras observaciones que son, en la mayoría de los casos, las abuelas las que crían a los nietos huérfanos en general y a los menores de 5 años, en particular, haciéndose cargo de alimentarlos, vestirlos, llevarlos al centro de salud cuando enferman, a la escuela, etc; a veces sin contar con la ayuda de los padres biológicos que los abandonaron y formaron otra familia como en el caso de V... o de los otros miembros de la familia, que por diversas razones no colaboran. Por otro lado, se comprobó también, que a veces las abuelas, estaban acompañadas por el padre viudo, que colaboraba con el cuidado de los huérfanos, con aportes económicos para alimentación y vestimenta, etc, manteniéndose de distintos modos al lado de sus brindándole afecto y contención. Como le sucedía a C..., abuela de M...; a H..., abuela de A...y E..., abuela de R...cumpliendo un rol clave para la crianza de los huérfanos.

En los relatos de los informantes, se constató que la institución que apareció continuamente mencionada por los distintos actores era “la familia”. No existió ningún/a interlocutor/a en la que no se hayan relevado cuestiones prioritarias acerca de la familia, vista por ellos mismos como uno de los microambientes que pertenecen a los niños y cuyo funcionamiento, aún en la precariedad como ellos vivían debía favorecer el estilo de vida saludable y el bienestar de los huérfanos, protegiéndolos de todo riesgo, estos discursos son compatibles con lo que expresa UNICEF (214) al sostener que la familia es y ha sido la institución social de referencia y el núcleo central de la protección de la infancia, además de reconocer el derecho que tiene los niños de vivir con su familia.

Está documentado por UNICEF (43) que la mayoría de los huérfanos que viven con su progenitor o con familiares, tiene mejor crecimiento y desarrollo que los institucionalizados, por lo que no deben estar separados de su familia biológica, lo cual significa que las familias cuidadoras de huérfanos estudiadas se constituyen en familias protectoras, que deben ser apoyadas para satisfacer los derechos de los niños, esperando que los huérfanos estudiados tengan un crecimiento y desarrollo acorde a la edad, ya que el entorno familiar era favorable.

En este estudio se constató, que la generalidad de los niños huérfanos de la mortalidad materna 2008, menores de 5 años, no exhibían graves conflictos de adaptación al nuevo hogar ampliado, lo que estuvo favorecido por la contención y estimulación para mantener a todos en el seno familiar con sólidos vínculos. La manera en que los niños/as se adaptan a esta situación depende del funcionamiento familiar, y de la etapa madurativa del niño/a. Esto es coincidente con lo expresado por J Bowlby, J (164) que advierte que si los huérfanos no cuentan con mecanismos de apoyo apropiados, experimentan un profundo sentimiento de pérdida, dolor, desesperanza, miedo, ansiedad y hacen una regresión madurativa. Al morir la madre, todo el universo de ese niño/a se ve amenazado. Las consecuencias a largo plazo pueden incluir desórdenes psicosomáticos, depresión crónica, baja autoestima, bajos niveles de destrezas para la vida en general, discapacidad en el aprendizaje y comportamiento social perturbado y de alto riesgo.

Se ha observado durante las visitas domiciliarias que los niños huérfanos criados por los abuelos que no se adaptaron al nuevo hogar fueron una niña, que de acuerdo a lo manifestado por los familiares, mostraba largos períodos de depresión, había perdiendo el interés por el juego, tenía pesadillas, dificultad para relacionarse, y un varón que tenía problemas en el aprendizaje, pérdida del apetito, retraso en el lenguaje y comportamiento anti social, observaciones concordantes con los estudios realizados por Musil CM, Gordon NL, Warner CB, Zauszniewski JA, Standing T, Wylde M (172) y las afirmaciones del psiquiatra Uriel Escobar (171) De acuerdo con lo valorado en este trabajo, nuestras observaciones nos sugieren que estos huérfanos no han llegado

a la fase de aceptación en la elaboración del duelo, como relata Kübler-Ross, E (1955) en su libro "Sobre la muerte y morir". y aún no han creado resiliencia,

Las investigaciones de García Riart; González Bosio, B (2007) (186) indican que el paso del tiempo le permite a la mayoría de los huérfanos, recuperarse de la pérdida, si cuentan con el apoyo de su entorno familiar y social, que seguramente, tomará desde meses hasta un año o mucho más. El autor explica que no hay una duración "normal" del duelo, dependiendo todo de la capacidad individual de resiliencia que debe ser guiada y acompañada por los familiares para que el huérfano logre la construcción de la autoestima, la autonomía, la creatividad, la felicidad, la solidaridad, la salud y que deberá estar apoyada por los vínculos afectivos seguros y sólidos, con amor y ternura, desde su padre, abuelos y/o familiares directos, para evitar que aparezcan consecuencias indeseables.

En este estudio se advirtió que la mayoría de los huérfanos desarrollaron más fácilmente un vínculo afectivo como segundo factor protector, (189) entendido como el contar desde muy pequeños con la certeza de tener a alguien que los quieran, los cuiden y los protejan (este vínculo comienza a crearse con los padres y en particular con la madre casi desde los primeros minutos de vida), luego en los casos de los huérfanos de madre, como en estos casos, lo hicieron con el padre, los abuelos y familiares cercanos, creando resiliencia, tanto el huérfano como la familia cuidadora; observaciones concurrentes con los estudios de Ramognini, M.E (2008) (184) y de Kotliarenko, M. A . Cáceres, I. (2011) (183) y los mencionados por Gómez, E; Kotliarenko, M. E. (2010). (187), González Arratia López Fuentes; I y otros (2010) (188) al afirmar que ante la incorporación de huérfanos al núcleo familiar, las familias se reorganizan, se reestructuran, enfrentan las dificultades y crean resiliencia., mostrando la mayoría de las familias comprendidas en este estudio se han adaptado y han logrado sobrellevar la situación y pueden presentarse como familias resilientes. Son familias que, aun en la vulnerabilidad y la pobreza, han logrado buena convivencia con los niños huérfanos, dado que no se observaron durante las entrevistas situaciones de violencia intrafamiliar, ni conflictos de alto riesgo biopsicosocial, ya que los familiares estaban pendientes de las actitudes de cada huérfano, controlándolos para que obedecieran, lo que supone una conducción adecuada.

En un acercamiento por conocer los conflictos, mencionados por Whetten K, Ostermann, J, Whetten, R, O'Donnell, K, Thielman, N. (2011) (161) de los huérfanos de la mortalidad materna 2008 que se mantenían en el núcleo familiar, en relación al impacto producido por la muerte de su madre, la autora detectó a través de las respuestas de los interlocutores entrevistados y la observación directa durante los controles de salud a los menores de 5 años, distintos comportamientos tales como: enojos, juegos solitarios, miedo a los animales, terror nocturno, temor a la oscuridad, mentiras, agresiones entre hermanos, caprichos, rabietas, rivalidad entre hermanos,

etc, que como lo indican los estudios de UNESCO/IPE-UNESCO-OEI (2019) (167) y la opinión de los expertos, son reacciones consideradas normales, por lo que es importante no separar a los hermanos y que vivan dentro del seno familiar, pudiendo sobrellevar la situación gracias a que el grupo familiar está unido.

En relación al comportamiento de los niños menores de 5 años de madres vivas, se observó en este estudio que un número importante de niños pequeños eran tan activos que hacían la vida difícil a sus cuidadores y a sus hermanos. Eran exigentes y excitables. Los interlocutores no tenían reglas claras y sencillas sobre lo que estaba y no estaba permitido y censuraban sus comportamientos, ejerciendo sobre ellos violencia física. La violencia física, no solo con los menores de 5 años, sino con los demás niños, manifestada por los interlocutores, mostrando una disciplina severa, según los investigadores producen más problemas que beneficios en los niños. Pegarle a un niño no es la fórmula sancionadora más efectiva para educarlos.

Según los familiares, los niños tenían comportamientos diferentes, algunos permanecían como ausentes, eran tímidos y tranquilos otros mostraban agresividad con la abuela; otros, en cambio eran caprichosos, y/o autoritarios. Durante las entrevistas se observó con actitud de agrandada y un varón o miedoso de cualquier animal. No todos compartían actividades con sus hermanos, algunos preferían jugar solos y esto era preocupación de los interlocutores. Al decir de los expertos, el niño que se involucra en un juego solitario, es un niño que juega consigo mismo.

Hemos observado que a veces el niño estaba muerto de sueño, que se friccionaba los ojos, bostezaba sin parar y lloraba o se enojaba porque lo querían hacer dormir y eso no significa que sea caprichoso y que la mayoría de los niños mayores cuidaban a los más pequeños. En otras entrevistas se percibió rivalidad entre hermanos y esto tiene que ver “con la atención” que sin darse cuenta los mayores se le prodigaban al más pequeño, lo que creaba resentimientos. Los hermanos que tenían poca diferencia de edad tenían una relación más estrecha, eran más compañeros, jugaban más juntos, que los hermanos de edades muy diferentes.

En relación a la protección social, se sabe que nuestro país ha tenido una importante movilización social creando el sistema de protección social para los niños/niñas y adolescentes (2010) (202) (2010) (203) que todavía no ve visualiza plenamente, en todo el país, ya que no llega a todos los que más lo necesitan.

De antemano la autora suponía que las familias estudiadas de huérfanos y de madres vivas hacían uso importante de los programas de protección social relacionados con este estudio que tienen como finalidad proteger a los más vulnerables como lo define la OIT (2005) (201) y que

se encuentran actualmente disponibles en nuestro país como la AUH, (200) el PNSA (2003) (139) y el Plan Nacer (2004) (148)

En relación a la AUH el informe del OSS-Ansses (2012) (211), indican que Santiago del Estero cuenta con una importante cobertura en relación a este programa, situación que no se visualiza en el presente estudio, dado que muchas familias, sobre todo las de las áreas rurales, tenían dificultades para acceder en forma masiva la Asignación Universal por Hijo (AUH), observándose la baja utilización por parte de los potenciales beneficiarios donde mayoría de las familias cuidadoras de huérfanos, y algunas de madres vivas, sostuvieron que no hacían uso de estos beneficios, como lo indican los estudios de Díaz Langou, G, y otros (2010) (206) y de Aquilino, N; Arias, E y otros (2013) (207) quedando excluidos de la protección social ya que para obtenerlos debían sortear un sinnúmero obstáculos. Las trabas normativas y/o administrativas eran muy complejas lo que les significaba pérdida de tiempo, egresos económicos, dificultades para conseguir la documentación exigidas por los programas por lo cual no se presentaban a reclamar estos beneficios que coinciden con los estudios de Rofman, R; Oliveri, M.(2010) (204) y Ringold, D y Rofman, R (2008) (205)

En cuanto a la AxE, las mujeres fallecidas no eran beneficiarios de este programa puesto que para obtenerlo debían inscribirse en el Plan Nacer y cumplir con determinados requisitos sobre el control pre-natal al cual diversas circunstancias nunca llegaban a completar.

Por lo tanto es posible afirmar entonces que la protección social en Argentina es una realidad que difiere según las regiones como al interior de las mismas. En Santiago del Estero las familias del interior tienen mayores dificultades para acceder a ella, como se ha observado en el presente estudio en la que muestra el escaso número de familias que obtuvieron la protección social, estas observaciones coinciden con los estudios de OIT-OMS, (2011) (190) en la que sostiene que el 75% de la población global carece de protección social adecuada. Esta afirmación tiene relación directa con la universalización del derecho a la Protección Social como derecho reivindicatorio de los más vulnerables, incluyendo a las familias cuidadoras de huérfanos, que en los casos estudiados casi no llegaba.

La OIT (2012) (191) define la Protección Social y establece un Piso de Protección Social (192); y la OIT/OMS (2011) (194), sostiene que la misma puede atenuar la pobreza y mejorar la inclusión social. Esta situación, no se ha visto reflejada en este estudio, sino más bien se advierte una realidad dolorosa donde no todos los que necesitan de la Protección Social la reciben como lo expresa la Directora Regional de la OIT para América Latina y el Caribe Elizabeth Tinoco (197) y además afirma que los que mayor sufren esta situación son las familias de las áreas rurales.

Tanto para las familias cuidadoras de huérfanos, como las de madres vivas con la incorporación de un/unos miembros más, les ha requerido un esfuerzo mayor, para poder superar de los innumerables obstáculos que se les presentaban. Se trata de poblaciones que han quedado excluidas de la protección social y del desarrollo de la sociedad global, empobreciéndose aún más.

Por esta razón, Bonvecchi, A; Smulovit, C (2007) (193) explica en sus estudios que se debe universalizar de la protección social; con el objetivo de brindar apoyo a los riesgos sociales, vinculados con el ciclo de vida y a la lucha contra la pobreza, la desigualdad el desempleo (198) (200) y el hambre

Lograr una protección social para todos, que incluya a los más vulnerables, especialmente los niños/as huérfanos menores a 5 años, como sostiene el informe de Anssess (2011) (210) incluyendo a las personas de la economía informal, además de la formal, es un punto crítico para el armado de sociedades más justas, integradoras y equitativa.

Es preciso reconocer que la preocupación por la vulnerabilidad de los niños es una constante de los organismos internacionales, como NU, UNICEF, OMS, OPS. CEPAL .OEA, UNESCO, BM, FAO, nacionales propios y los representados internacionales en el país que trabajan en este sentido, así como los de niveles locales, por las cuales reciben financiamiento y suministros están obligados a mirar con mayor detenimiento las necesidades de los huérfanos menores de 5 años de la mortalidad materna en trance obstétrico y a sus familias cuidadoras.

Desde este enfoque la autora señala que teniendo en cuenta los objetivos enunciados intenta ofrecer una visión objetiva de la situación socio-familiar y de salud de los huérfanos menores de 5 años que se mantenían en el núcleo familiar de madres fallecidas en trance obstétrico, ocurridas en el Hospital Regional “Dr. Ramón Carrillo” de la capital de Santiago del Estero durante el año 2008 y de los niños con madres vivas, con similares características, que actuaron como controles.

Sin duda este estudio no agota las posibilidades teórico-metodológicas de abordar esta cuestión compleja y multifacética, pero constituye un acercamiento que aspira la autora a poner de relieve la importancia de prestar mayor atención a los huérfanos y sus familias cuidadoras en el contexto sociocultural e histórico en que viven.

CONCLUSIONES

Esta investigación se encuentra delimitada a los sujetos involucrados y al particular contexto que la caracteriza. Los resultados permitieron conocer las situaciones socio-familiar y de salud de los huérfanos de la mortalidad materna en trance obstétrico. Con las restricciones señaladas pueden efectuarse algunas consideraciones acerca de los fenómenos estudiados.

- ▶ Las historias clínicas de las mujeres fallecidas durante el proceso reproductivo, presentan limitaciones en términos de su llenado.

- ▶ Existe una elevada proporción de datos faltantes en las HC que dificultan su lectura y localización geográfica de las fallecidas durante el proceso reproductivo, motivo del estudio.

- ▶ Se detecta sub-registro sobre muertes maternas en trance obstétrico 2008, observándose distorsión de los datos que se envían a nivel nacional.

- ▶ La mayoría de las muertes maternas pertenecen al interior de la provincia, siendo los departamentos: General Taboada, Banda, Salavina, y Capital, los más afectados

- ▶ Los abortos inseguros se identifican como la primera causa de muerte materna en nuestra muestra. Son abortos sépticos, donde predominan adolescente entre 14 y 17 años, sin hijos previos y mujeres jóvenes del interior de la provincia.

- ▶ La distribución espacial de las viviendas en el campo santiagueño, es dispersa.

- ▶ Las distancias, las condiciones climáticas adversas, la falta de transporte, de recursos económicos y las pautas culturales dificultan a las embarazadas el acceso a los servicios de salud

- ▶ El 90% de los interlocutores entrevistados hacen referencia al costo del transporte para el traslado de las embarazadas a las instituciones de salud.

- ▶ Se comprueba una elevada frecuencia de obstáculos. Entre los más observados se encuentran: la escasa percepción del problema y de su gravedad por parte de la mujer embarazada y su familia, las demoras en solicitar ayuda, y la consulta tardía

- ▶ Existe escasa comunicación entre la embarazada-familia y el equipo de salud

- ▶ Coexisten falta de confianza en el efector de salud disponible con actitud negativa hacia los servicios de salud pública.

- ▶ En algunos casos los interlocutores relatan maltrato institucional, lo que constituye abandono del control pre-natal, prefiriendo concurrir al curandero y/o partera empírica o parir en el domicilio.

- ▶ El porcentaje de cesáreas realizado a las fallecidas en el hospital de referencia, supera lo recomendado por OMS

- ▶ Entre las características sobresalientes de las viviendas observadas de madres fallecidas y de madres del grupo control se encuentran las viviendas tipo rancho y ranchos.

- ▶ Numerosas familias del área urbano-marginal no cuentan con servicios básicos o son insuficientes (agua potable, red domiciliaria de agua, cloacas, luz, gas, recolección de residuos, transporte, etc).

- ▶ Las familias de madres fallecidas son de hogares extendidos y numerosas; con un promedio de 6-8 miembros por familia.

- ▶ La mayoría de los hogares, de ambos grupos vive con 3500 pesos argentinos o menos, (2011-2013) lo que habla de una población que mayormente se encuentra en la pobreza

- ▶ La mayoría de las familias de ambos grupos viven con hacinamiento crítico (tres o más personas en una habitación) y tienen como acceso sanitario una letrina.

- ▶ Las actividades laborales rurales de las familias de ambos conjuntos estudiados, se distribuyen en: empleo, casi siempre informal, producción para auto-consumo, y producción para mercado y en el área urbano-marginal prevalece el empleo informal.

- ▶ Es significativo los niveles de escolaridad con ciclos no concluidos de escuela primaria, tanto en las madres fallecidas, en huérfanos mayores de 5 años, como de las madres vivas y en la mayoría de los adultos informantes entrevistados.

- ▶ Sobresalen las trabas normativas y administrativas en ambos grupos para acceder a planes sociales y beneficios de protección social (Jubilación/pensión), AUH y AxE;

- ▶ Las fallecidas dejan 51 huérfanos de distintas edades, de ellos 7 son menores de 5 años. Las familias de madres vivas tienen a su cargo 59 hijos vivos en total, de los cuales 14 son menores de 5 años.
- ▶ No se registran niños huérfanos y de madres vivas indocumentados.
- ▶ Tanto los huérfanos como los niños de madres vivas menores de 5 años estudiados, se encuentran en distintos grados de riesgo en su situación social-familiar, pero mantienen buenas condiciones de salud en cuanto a crecimiento y desarrollo.
- ▶ El buen estado de salud de los niños incluidos en la muestra, resulta del involucramiento de las familias, aún en situaciones socioeconómicas críticas.
- ▶ Se detectan dos niños huérfanos con desnutrición crónica reagudizada y un niño y una niña de madres vivas con sobrepeso.
- ▶ Los comedores escolares no son aprovechados, por los niños escolarizados.
- ▶ Son casi siempre las abuelas y las madres vivas, las principales proveedoras de asistencia sanitaria en gran parte de los hogares y llevan la carga más pesada de la atención de los niños, realizando un volumen subvalorado de trabajo doméstico no remunerado.
- ▶ Entre las enfermedades prevalentes de la infancia sobresalen en ambos grupos las BOR, como infecciones respiratorias agudas (IRA) y las enfermedades diarreicas agudas (EDA)
- ▶ Los interlocutores de ambos grupos consideran al control de crecimiento y desarrollo, como no necesario, solo como una obligación para obtener beneficios sociales.
- ▶ El correcto cumplimiento de las vacunas ha estado afectado por el desconocimiento de las enfermedades prevenibles por vacunación y por desconfianza hacia los efectos que pueden causar mediado por factores socioculturales, donde las familias no le otorgan importancia..
- ▶ Se comprueba que los niños huérfanos y de madres vivas, están integrados al grupo familiar y reciben afecto, atención, contención, como respuestas a sus demandas.
- ▶ Las familias de huérfanos, aun en la vulnerabilidad de la pobreza, han logrado buenos niveles de salud y de convivencia, constituyéndose en familias resilientes.

- ▶ El nivel de resiliencia de los huérfanos, mostrado en este estudio es alto, comprobado por la adaptación a la nueva familia y el cuidado brindado por sus familias biológicas cuidadoras

- ▶ Los profesionales de los servicios de salud que atienden huérfanos no promueven la resiliencia

- ▶ La totalidad de las familias entrevistadas, carecen de seguro de salud, dependiendo exclusivamente del sistema de salud pública provincial.

- ▶ . Ante la enfermedad, el uso de remedios caseros, la consulta a una vecina o al curandero, es una alternativa válida para los informantes, como solución a los problemas de salud.

- ▶ La condición social de las familias entrevistadas, de ambos grupos, se encuentra entre la pobreza y la indigencia.

- ▶ La incorporación de los huérfanos, especialmente con los menores de 5 años modifica la estructura familiar y económica de la vida cotidiana de las familias cuidadoras

- ▶ Los niños huérfanos reconocen a las abuelas como “mamá”, transformándose como cuidadoras por excelencia, cumpliendo un rol fundamental.

- ▶ Los familiares a cargo de los huérfanos, la mayoría sobrellevan la situación, ocupándose de la salud de los niños y ayudándolos a afrontar la situación de la pérdida de la madre.

- ▶ Pocos niños huérfanos presentan ansiedad/depresión, agresividad, problemas de conducta frente a la ausencia de la madre muerta

- ▶ Las oportunidades de inclusión social, son escasas tanto para las familias cuidadoras y sus huérfanos, como para las familias de madres vivas.

- ▶ Hay escasa articulación efectiva de programas sociales públicos y servicios de salud y espacios de contención a las familias cuidadoras de huérfanos de la mortalidad materna en trance obstétrico.

- ▶ Existe vacío de programas de protección social para familias cuidadoras de huérfanos.

Con ello se pretende, a pesar de los pocos casos estudiados, relevar aquellos aspectos que surgen desde la riqueza del análisis micro-social, que está presente en cada caso individual.

Los datos pueden llamar la atención acerca del espiral de carencias de distinta naturaleza, que muestran una realidad dolorosa, en las familias santiagueñas cuidadoras de huérfanos que subsisten como pueden sin abandonarlos; aunque los huérfanos, estén condenados a repetir la historia de sus padres y familiares, sin poder construir un futuro diferente; y a su vez ser antecedentes útiles para formular pautas que tiendan a mejorar la calidad de vida de la población materno-infantil y de las familias cuidadoras santiagueñas

Los niños huérfanos de la mortalidad materna en trance obstétrico 2008, tendrán por delante un largo camino de recuperación, que podrán hacerlo al abrigo y protección de sus propias familias, que no los abandonaron, tal vez con carencias, pero con un afecto inigualable, conforme a las costumbres y tradiciones santiagueñas.

Capítulo IV

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Thomas, T. Maternal Health from 1985-2013: Hopeful Progress and Enduring Challenges a paper commissioned by the Population and Reproductive Health program of the John D. and Catherine T. MacArthur Foundation . Pag 1-17. 2013
- 2.- Starrs, A. La prevención de la tragedia de las muertes maternas: Informe: Conferencia Inter. sobre Maternidad sin Riesgo, Nairobi, Kenya: World Bank Publications. Pag 1- 56 1987
- 3.- Asamblea General de la ONU 8ª sesión plenaria. *Declaración del Milenio* Resolución 55/2. [en línea] 8 de septiembre de 2000 [Consultado 12/06/010] Disponible en URL <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552s.htm>
- 4.- Naciones Unidas/Presidencia de la Nación. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Argentina. La oportunidad para su reencuentro. 2005/2010/1015. Pag 5-8; 24-27; 36-40; 42-46. 2003.
- 5.- Starrs, A.. The Safe Motherhood Agenda: Priorities for the Next Decade. Report on the Safe Motherhood Technical Consultation. Colombo. Siri. Lanka Safe Motherhood Library, UNICEF/PD/Health. Documento impreso. Pag 1-78.1997
- 6.- OMS. Centro de prensa. Nota descriptiva N° 348. *Mortalidad materna* [en línea] 11/015 [Consultado 10/12/2015] Disponible en URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es>
- 7.- Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, Makela SM, et.al. *Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5* [Online] publicado por *Lancet*. 12 April 2010 [Consultado 14/07/011] Disponible en URL [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60518-1/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60518-1/abstract)
- 8.- OMS/UNICEF/UNFPA. Banco Mundial-División de Población de las Naciones Unidas. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013. Documento impreso. Pags 1-56. 2014
- 9.- Lucas, A. *Salud materno-infantil: un progreso lento y todavía insuficiente* [en línea] 30 de junio 2014 [Consultado 10/07/014] Disponible en URL http://www.isglobal.org/es/healthisglobal/-/custom-blogportlet/2368836?p_r_p_564233524_userId=91370&p_r_p_56423352
- 10.- Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels JD, et al. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. [Online] publicado por *Lancet Global Health*. 2 de junio 2014 [Consultado 20/07/014] Disponible en URL <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25103301>
- 11.- OPS/OMS. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: Ginebra. Imprenta de la OMS. Documento impreso. Pag 7-11. 2012
- 12.- Herrera M. Mortalidad en el Mundo. *Rev Chil de Obstet y Ginecol*. Vol 68 N° 6. Pag: 536-543. 2003
- 13.- NU. ODM. Informe 2008 Publicado por el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de NU (DESA) – N. York. Lois Jensen Pag 6-48 2008

- 14.- UN. ODM Informe 2009. Publicado por el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de NU (DESA) N. York Lois Jensen Pag 6-52 2009.
- 15.- NU. ODM Informe 2010. Publicado por el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de NU (DESA) N. York Editora: Lois Jensen Pag 6-72. 2010
- 16.- NU. ODM Informe 2011.N. York Editora: Lois Jensen, Pag 6-64 2011
- 17.- Ban Ki-moon. Estrategia Mundial de salud de las mujeres y los niños. Documento impreso. N York. Pag 6-18. 2010
- 18.- BM. Noticias y Opiniones. Artículo: *Líderes mundiales analizan progreso de los países más pobres*. [en línea] 09-05-2011 [Consultado 05-11-2011] Disponible en la URL <http://www.bancomundial.org/es/news/leaders-meet-on-progress-for-poorest-countries>
- 19.- BM/FMI. Informe sobre seguimiento mundial 2011: Mejorar las posibilidades de alcanzar los ODM. Heterogeneidad, deficiencias y desafíos. Material impreso. Panorama general Washington DC. . Pag 2-15. 2011
- 20.- NU. Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe 2012. N. York Editor: Timothy Wall. Documento impreso Pag 6-67 2012
- 21.- NU.ODM Informe 2013.. N. York. Editor: Lois Jensen Documento impreso Pag 6-57. 2013.
- 22.- NU.ODM Informe 2014. Editora: Tessa Too-Kong. N. York. Documento impreso Pag 3-56. 2014
- 23.- NU. ODM Informe 2015.. N. York Editora: Catharine Way, Documento impreso. Pag 3-72. 2015
- 24.- Amnistía Internacional. *Declaración conjunta sobre la mortalidad y la morbilidad maternas Declaración pública* [en línea] 16/06/2010 Documento. A/HRC/14/39. [Consultado 14/08/2011] Disponible en URL <http://www.amnesty.org/es/library/asset/IOR42/002/2010/es/cfd635a7-c5e2-4acc-815a-63e191101ae9/ior420022010es.html>
- 25.- Ramos, S; Romero, M; Karolinski, A; Mercer, R; Insua, I; Del Rio Fontana, C. Para que cada muerte materna importe. MSN/CEDES. Bs. As Borsellino Impresos Pag 25-104 2004.
- 26.- OPS/OMS Indicadores básicos para el análisis de la equidad de género en salud. Washington DC OPS. Serie Paltex Pag 21-167 . 2004.
- 27.- NU..Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health, 2016-2030. Documento impreso N. York. Pag 8-100. 2015
- 28.- NU. Resolución 44/25 *Convención sobre los Derechos del Niño* [en línea] 20-11-1989 [Consultado 30-04-11] Disponible en la URL <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>
- 29.- NU *Declaración de los Derechos del Niño o Declaración de Ginebra. Derechos del niño*. [en línea] [Consultado 25-11-2011] Disponible en la URL <http://www.humanium.org/es/ginebra-1924/>
- 30.- Asamblea General de NU *Declaración de los Derechos del Niño*. Resol.1386./89 (XIV). 841a. Sesión plenaria. 20/11/1959 [en línea] [Consultado 20-12-2011] Disponible en URL http://www.un.org/spanish/documents/instruments/docs_subj_sp.asp?subj=83

- 31.-** NU/UNICEF. *Declaración Mundial sobre Supervivencia, la Protección y el desarrollo del Niño*. Sesión Especial en favor de la Infancia. 1990.[en línea]8-10/05/2002[Consultado 21-12-2011] Disponible en la URL <http://www.unicef.org/spanish/specialsession/about>
- 32.-** Asamblea General de NU. *Declaración del Milenio*. Resol. 55/2. 8ª sesión plenaria [en línea]8/09/2000 [Consultado 10-01-2012]
Disponible en la URL <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552s.htm>
- 33.-** OMS. *Reducción de la mortalidad en la niñez* Centro de prensa. Nota descriptiva N° 178 [en línea]9/012 [Consultado 25/03/013]
Disponible URL <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>
- 34.-** OMS/UNICEF *Los progresos en la supervivencia infantil se aceleran desde el año 2000*. Comunicado de prensa [en línea]13/09/012 [Consultado 25/01/013] . Nueva York/Ginebra
Disponible URL http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/child_survival_20120913/es/
- 35.-** OMS *Reducir la Mortalidad Infantil*. Tema Salud ODM 4 [en línea] [Consultado 10/4/012]
Disponible URL http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/es/
- 36.-** UNICEF Estado Mundial de la Infancia 2008. La Supervivencia de los niños. N York. División Comunicaciones. UNICEF. Documento impreso. Pag 2-24. 2007
- 37.-** UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2009. Salud materna y neonatal 1 Salud materna y neonatal: situación actual 3 La atención continua a través del tiempo y del espacio: riesgos y oportunidades. Colorcraft of Virginia, In. Documento impreso Pag 2-6; 45-59. 2008
- 38.-** UNICEF Estado Mundial de la Infancia 2010. Derechos del niño. Edición Especial Conmemoración de los 20 años de la Convención sobre los Derechos del Niño. N. York Editor Brodock Press Documento impreso Pag 2-89 2009
- 39.-** UNICEF Estado Mundial de la Infancia 2011. La Adolescencia. Una época de Oportunidades. N. York División Comunicaciones. UNICEF Documento impreso. Pag 8-75. 2011
- 40.-** UNICEF Estado Mundial de la Infancia 2012. Niñas y niños en un mundo urbano. N. York División Comunicaciones. UNICEF. Documento impreso Pag 2-75. 2012
- 41.-** UNICEF. El Estado Mundial de la Infancia 2013: Niños y niñas con discapacidad. N. York División Comunicaciones. UNICEF Documento impreso Pag 1-85. 2013
- 42.-** UNICEF. El Estado Mundial de la Infancia 2014. En Cifras.: Revelando las disparidades para impulsar los derechos de la niñez. Todos los niños y niñas cuentan. N. York. Editor Color Craft of Virginia, Inc. Documento impreso Pag 1-21. 2014
- 43.-** UNICEF. El Estado Mundial de la Infancia 2015. Reimaginar el futuro Innovación para todos los niños y niñas N. York. División Comunicaciones. UNICEF. Documento impreso. Pag 2-23. 2015
- 44.-** OMS. *Datos y cifras.10 datos sobre la salud infantil* [en línea] [Consultado 6/03/012] Disponible en URL http://www.who.int/features/factfiles/child_health2/photo_story/es/
- 45.-** UNICEF/OMS/BM/NU.. *Levels & Trends in Child Mortality Report 2011 Estimates Developed by the UN*. Inter-agency Group for Child Mortality Estimation N York División Comunicaciones. UNICEF Documento impreso Pag 2-5. 2011

- 46.-** UNICEF/OMS/BM/NU. Levels & Trends in Child Mortality Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation by the United Nations Children's Fund Pag 1-14 Report 2013
- 47.-** UNICEF/OMS/BM/NU.. Levels & Trends in Child Mortality Report 2015 Estimates Developed by the UN. Inter-agency Group for Child Mortality Estimation N. York. División Comunicaciones UNICEF Documento impreso Pag 2-7. 2015
- 48.-** Black, R., Cousens, S., Johnson, H., Lawn, J., Rudan, I., Bassani, et.al, Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. The Lancet [Published Online] 12/05/010 [Consultado10/01/012] Disponible en URL <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20466419>
- 49.-** GNUD Marco para Acelerar el Logro de los ODM: N. York .NU. Documento impreso Pag 2-34. 2011
- 50.-** PNUD Destrabando el progreso: Aceleración de los ODM en la recta final hacia 2015. Lecciones aprendidas de los países piloto del Marco de Aceleración de los ODM Dinamarca. Phoenix Design Aid A/S Documento impreso. Pag 15-17. 2010
- 51.-** UNICEF Informe anual 2010. N. York Publicado por UNICEF División de Comunicaciones Documento impreso. Pag 2-42. 2010
- 52.-** FAO. *Nuevo informe sobre el hambre: casi 870 millones de personas sufren subnutrición crónica en el mundo.* [en línea] Roma[Consultado 20-03-2012]Disponible en la URL <http://www.fao.org/news/story/es/item/161867/icode/2012>
- 53.-** FAO/PMA. *Nuevo informe sobre el hambre: casi 870 millones de personas sufren subnutrición crónica en el mundo* [en línea] 9 de octubre de 2012, [Consultado14/12/012] Disponible en URL: <http://www.fao.org/news/story/es/item/161867/icode/>
- 54.-** PMA/OMS. *Estadísticas del Hambre y la Pobreza Mundial* [en línea] 11/05/011 [Consultado 10/10/012] Disponible en URL <http://es.wfp.org/hambre/datos-del-hambre>
- 55.-** Health, Empowerment, Rights and Accountability (HERA). Informe de la Conferencia: Desarmando la crítica. El Cairo, cinco años después. (México 1998). Llamado a la acción. México Quadrata. Servicios Editoriales. S.A Pag 231-240. 2000
- 56.-** OPS/OMS/UNICEF/FUNAP/BM/BID/USAID/FAO. La Salud Materno-Infantil. Metas para 1995 e Indicadores para el Seguimiento. Comité Coordinador Interagencial para las Américas. Cumbre Mundial a favor de la Infancia: N, York. Documento impreso. Pag 7-12. 1994.
- 57.-** CEPAL Perfiles regionales. Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe. 2014 Santiago de Chile Publicación de las NU. Documento impreso. Pag 177-188. 2014
- 58.-** Gattini, C; Ruiz, P. Salud en Sudamérica. Panorama de la situación de salud y de las políticas y sistemas de salud. Punto 4. Condiciones de Salud y Tendencias. Washington DC. OPS/OMS. Pag 44-54- 2012
- 59.-** González P, R. Salud Materno-Infantil en las Américas. Rev.Chil. Obstet. Ginecol. 75 (6): Pag.411–421. 2010

- 60.-** Ramírez Mejía, F; Rivera, M, Durón, R; Aguilar, O; Fuentes, M; Gómez, C; et.al. Impacto de la mortalidad materna en la familia, especialmente en la niñez, de occidente de Honduras. Rev. Méd de Honduras. Vol 71. Pag 114-122. 2003
- 61.-** CEPAL. El salto de la autonomía de los márgenes al centro. Informe anual 2011. Observatorio de igualdad de género de América Latina y el Caribe. Colección Documentos de proyectos. Impreso en NU, Santiago de Chile Pag 11-20 2011
- 62.-** MSP/UNFPA/Programa Nacional de Salud de la Mujer y género. Comisión Nacional para el Monitoreo y Reducción de la muerte de mujeres por embarazo, parto, puerperio, cesárea y aborto en Uruguay. Informe 2009. Imprenta Rojo. Uruguay. 2010
- 63.-** Vargas Valente, R. “Muerte Materna: Romper el silencio, sumar nuestras voces” Conferencia Regional de Mujeres Líderes. Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR) Documento impreso. Quito. Ecuador. Pag 18-42. 2010.
- 64.-** Molinas, J. R; Paes de Barros, R; Saavedra, J; Giugale, M. ¿Qué Oportunidades Tienen Nuestros Hijos? Informe sobre la Oportunidad Humana en América Latina y el Caribe. Washington. BM. Pag 6-10. 2010.
- 65.-** PNUD Cap. 2 La desigualdad en América Latina y el Caribe Cap. 6 Actuar sobre el futuro rompiendo el círculo vicioso de la desigualdad en: Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe 2010 Actuar sobre el futuro: romper la transmisión intergeracional Costa Rica Editorama, S.A. Pags 25-58; 109-118. 2010
- 66.-** OPS/OMS *Informe del representante regional de XIX Reunión de Alanam. (2011)* [en línea] [Consultado 14/03/012] Disponible en URL: <http://enterartenoticias.blogspot.com.ar/2010/11/segun-ops-27-de-la-poblacion-de.html>
- 67.-** PNUD. Capítulo 1 ¿Por qué sostenibilidad y equidad?. Sostenibilidad y equidad: Un mejor futuro para todos. Informe sobre Desarrollo Humano 2011. N York PNUD. Pag. 10-11 2011
- 68.-** BM-LAC. Reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe durante y después de la Gran Recesión. Informe de pobreza y trabajo. Washington. BM Documento impreso Pag. 5-19. 2011
- 69.-** De Murcio B. Determinantes de la mortalidad materna, un marco de derecho Experiencias y perspectivas de OPS [en línea] [Consultado 14/03/011] Disponible en URL <http://www.cinu.org.mx/gig/Documentos/BremenDeMucioDeterminantesMortalidadMaterna.pdf>. Pag 1-16. 2009
- 70.-** OMS/UNICEF/UNFPA/UNPD/BM “Trends in maternal mortality estimates 1990 to 2013” World Health Organization. Documento impreso. Pag 3-29. 2014
- 71.-** Cobos, M. I; Miller, T; Ruiz Salguero M Hacia la armonización de las estimaciones de mortalidad materna en América Latina Hallazgos de un estudio piloto en ocho países Serie: Desarrollo y población N° 108 Santiago de Chile UN. Pag 29-66. 2013.

- 72.-** NU. *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Asamblea General. Resolución 217 A (III). 1948 [en línea] Departamento de información pública de las UN 1986. [Consultado 15/09/011] Disponible en URL. <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- 73.-** NU. ODM. *La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe* Santiago de Chile UN. Documento Impreso, Pag 11-101 2008
- 74.-** NU. ODM Informe ONU 2009 N. York. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DESA) Documento impreso. Pag 24-30 2009.
- 75.-** PNUD. *El camino para alcanzar los ODM. Una síntesis de la evidencia a nivel mundial en materia de ODM*. N. York UN. Documento impreso Pag 9-77. 2010
- 76.-** NU. ODM Informe ONU 2011. N. York. Editora: Lois Jensen. Documento impreso Pag 3-64. 2011
- 77.-** NU. ODM Informe ONU 2012 N York. UN. Documento impreso Pag 6-67 2012.
- 78.-** NU ODM Informe ONU 2013. N. York. Editor: Lois Jensen. Documento impreso Pag: 6-57. 2013
- 79.-** NU ODM Informe ONU 2014. N York. Editora: Tessa Too-Kong. Documento impreso Pag: 8-53. 2014
- 80.-** NU ODM Informe ONU 2015. Nueva York. Editora: Catharine Way. Documento impreso Pag: 3-72. 2015
- 81.-** Girard G.; *Poverty and Inequity in Adolescent Health Care*, AM:STARs. *International Health Issues in Adolescents*, volumen 20: Pag. 887-899. 2009
- 82.-** UN/PNUD/UNFPA/UNICEF/PMA Balance sobre los ODM Documento impreso 2-21 2010
- 83.-** Caicedo Gaviria, N. *Historia de la infancia en América Latina*. Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura, núm. 34, 2007, pp. 531-534. Colombia
- 84.-** BID. *Un espacio para el desarrollo: los mercados de la vivienda en América Latina y el Caribe* Washington, D.C. César Patricio Bouillon, editor Pag 1-94. 2012,
- 85.-** Bouillon, C, P; Azevedo, V; Herrera, K. Cap 1: Pisos y calles de tierra: los mercados de vivienda sí cuentan en: *Un espacio para el desarrollo: los mercados de la vivienda en América Latina y el Caribe* BID. Washington, D.C. César Patricio Bouillon, editor Pag 1-22. 2012
- 86.-** CEPAL/UNICEF. Cap II. *Pobreza Infantil en América latina y el Caribe desde la perspectiva de los derechos* Cap III. *Las privaciones que sufren los niños* Cap IV. *La pobreza por ingresos en la infancia; en Pobreza Infantil en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile. Alfabetá. Artes Grafica. Ltda. Pag 33-52; 53-72; 73-88. 2010
- 87.-** Rico, María Nieves, (coord.). *Guía para estimar la pobreza infantil*. Información para avanzar en el ejercicio de los derechos de los niños, niñas y adolescentes Vitacura (Santiago de Chile): Nueva York. CEPAL/UNICEF. Formato: Web. 2012
- 88.-** Read more here *Reducen mortalidad infantil en América Latina*. [en línea] Washington 3/11/12 [Consultado 1/12/012] Disponible en URL-

<http://www.elnuevoherald.com/2012/11/22/1349627/reducen-mortalidad-infantil-en.html#storylink=cpy>

89.- UN/CEPAL Panorama Social de América Latina.2011. Doc. informativo. Santiago de Chile. CEPAL Pag 1-49. 2011

90.- UN-CEPAL .*Pobreza e indigencia en sus niveles más bajos en 20 años en América Latina* Comunicado de prensa [en línea] 29/11/11 [Consultado el 3/12/012] Disponible en URL <http://www.cepal.org/cgibin/getProd.asp?xml=/prensa/noticias/comunicados/8/45168/P45168.xl&>

91.- Paes de Barros, R; Ferreira, F. H; Molinas Vega, J; Saavedra Chanduvi, J. Punto 2. Índice de oportunidades humanas para los niños: en: Midiendo la desigualdad de oportunidades en América Latina y el Caribe. Washington, D.C. Edición Conferencia.BM. Pag. 79-116. 2008

92.- CEPAL/UN/UNICEF La reducción de la mortalidad infantil en América Latina y el Caribe: avance dispar que requiere respuestas variadas Desafíos: Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio Santiago de Chile. Revista electrónica. Número 6, Pag 2-12. 2007

93.- NU/CEPAL Mortalidad en la Niñez. Una base de datos de América Latina desde 1960. N. York CELADE/UNICEF Documento impreso. Pag 5-41. 2011

94.- OPS/OMS *Healthy Children: Goal 2002*. Program on Communicable Diseases Division of Disease Prevention and Control [en línea] [Consultado 10/01/012] Disponible en URL <http://www1.paho.org/english/hcp/hct/imci/goal2002-about.pdf>

95.- OPS/OMS Estrategias de comunicación para la salud integral en la infancia: Guía metodológica para su desarrollo (AIEPI) (Serie OPS/FCH/CA/05.13.E) Washington, D.C: OPS, Pag 6-80. 2005.

96.- Maggiolo, I. Mortalidad materna y Objetivos de Desarrollo del Milenio: cómo estamos en América Latina. Revista Biomédica Revisada Por Pares Editorial Medwave.2012 [en línea] [Consultado 10/02/012] Disponible en URL <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Editorial/5284>

97.- NU/CEPAL América Latina y el Caribe: una mirada al futuro desde los Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe regional de monitoreo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en América Latina y el Caribe, 2015. Santiago de Chile UN. Pag 35-41. 2015

98.- Alonso Nieto Guevara, J. Las Inequidades en las Américas y su repercusión en la Mortalidad Infantil. I Conferencia de Actualización de la ALAPE (Asociación Latinoamericana de Pediatría) Panamá abril 2011.

99.- FAO/FIDA/PMA.. *Mapa del Hambre 2013* [en línea] 8/09/2000 [Consultado 05-11-2013] Disponible en la URL <http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/communications/wfp260373.pdf>

100.- Ministerio de Salud. La Salud de las madres, los niños y las niñas; una apuesta por la vida. Bs As Argentina Ministerio de Salud Documento impreso Pag 1-30 .2000

- 101.-** Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Informe Estadístico de Defunción. Guía para los médicos sobre el empleo del Modelo Internacional para el registro de la causa de muerte. Documento impreso. Pag 5-22 2001.
- 102.-** MSN/Presidencia de la Nación. Vigilancia de la Mortalidad Materna. Resol 640/2007
- 103.-** Rizzi, R; Mortalidad Materna. Manual para contribuir a la disminución de la Mortalidad Materna. Bs. As. Ed.elaleph.com Pag 22. 2011.
- 104.-** The Inequality Predicament. Report on the World Social Situation 2005. I The case for focusing on inequality. Departament of economic and social affairs. N York. Editorial. NU Pag 13-28. 2005
- 105.-** BM. Los pobres invisibles. Un panorama de la pobreza rural en argentina, Informe N° 39947 - AR Documento impreso. Pag 1-69 2007
- 106.-** BM. Demombynes, G; Metzler, J; Verner, D. Issues and challenges for rural poverty in Argentina. Llovet, I; Verner, D. A qualitative study of rural poverty in Argentina Demombynes, G; Tomarolli, L Methodology for the analysis of rural poverty in Argentina; en The invisible poor: a portrait of rural poverty in Argentina. Washington, DC. Pag 1-27; 29-56; 60-68. 2010.
- 107.-** MSN/DEIS. 2008. Serie 5, n° 52 Bs.As. MSN Documento impreso. Pag 86-90. 2009
- 108.-** MSN/DEIS 2009. Serie 5, n° 53. Bs. As MSN Documento impreso Pag 86-90 2010
- 109.-** MSN/DEIS 2010. Serie 5, n° 54. Bs. As MSN Documento impreso. Pag 85-89 2011
- 110.-** MSN/DEIS 2011. Serie 5, n° 55 Bs. As MSN Documento impreso Pag 88-91 2012.
- 111.-** MSN/DEIS 2012. Serie 5, n° 56. Bs. As MSN Documento impreso Pag 88-91 2013
- 112.-** MSN/DEIS 2013. Serie 5, n° 57 Bs. As MSN Documento impreso Pag 88-91 .2014
- 113.-** Pantelides, E y Moreno M J.(Cord) Situación de la población en Argentina. UNFPA Bs As Emede S.A. Pag 25-166. 2009
- 114.-** Ortiz, Z; Esandi, M.E; Andina, E. El Análisis Causa Raíz (ACR). Instrumento para la búsqueda e implementación de soluciones para evitar las muertes maternas, fetales y neonatales.. UNICEF. Argentina. Bs. As Edición: Dolores Giménez .Pag 13-113. 2011
- 115.-** OMS/HRP. Declaración de OMS sobre tasas de cesarean. Human reproduction programme (hrp) research for impact Resumen Ejecutivo. Ginebra. Documento. impreso 1-8 pag. 2015
- 116.-** Ministerio de Salud-Presidencia de la Nación-Dirección de Calidad de los servicios de salud. Programa nacional de garantía de la calidad médica. Resolución 348/2003
- 117.-** Presidencia de la Nación Ministerio de Salud de la Nación Consejo Federal de Salud. Bases del Plan Federal de Salud. 2004-2007.Documento impreso Pag 1-49 2004
- 118.-** PNUD Informe sobre Desarrollo Humano 2010. La verdadera riqueza de las naciones: Caminos al desarrollo humano. N. York. Colorcraft of Virginia EEUU. Pag 11-85 2010
- 119.-** Ministerio de Salud/Presidencia de la Nación/ Ministerio de Educación Ciencia y Tecnología/ Conicet/Secyt/OPS Foro de Investigación en Salud. Estado de conocimiento y agenda de prioridades para la toma de decisiones: en Morbi-mortalidad materna en Argentina Bs. As.Cámara Argentina del Libro Pag 5-24. 2007

- 120.-** Ministerio de Salud de la Nación/Presidencia de la Nación. Plan Estratégico para la Reducción de la Mortalidad Materna y la Mortalidad Infantil y de la mujer y de las adolescentes 2009–2011. Bs .As Documento impreso. Pag 12-19. 2009
- 121.-** Plan Federal de Salud 2010-2016. Documento impreso. Pag 96-132 Junio 2010
- 122.-** PNUD/CNCPS/Presidencia de la Nación Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe País Argentina 2009 Bs. As. Casano Gráfica S.A. Documento impreso. Pag 27-113. 2009
- 123.-** UN/PNUD/CNCPS. Presidencia de la Nación Objetivos de Desarrollo del Milenio. Rendición de Cuentas 2010. Bs. As. Casano Gráfica S.A. Documento impreso Pag 12-109. 2010
- 124.-** PNUD/CNCPS/Presidencia de la Nación Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe País Argentina 2015 Bs. As Casano Gráfica S.A Documento impreso Pag 14-238. 2015
- 125.-** Bianco, M. Informe de los ODM. Logros y obstáculos en su cumplimiento. Argentina 2000-2010.FEIM (Fundación para estudio e investigación de la mujer) Bs. As. Pag 6-7. 2010
- 126.-** PNUD/CNCPS/PN. ODM: Contribuciones de las Universidades Nacionales Relevamiento 2011 Bs. As Editado por: CNCPS - Casano Gráfica S.A. Pag 1-78 2011
- 127.-** PNUD/CNCPS/PN ODM Contribuciones de las Universidades e Institutos Universitarios del Consejo Interuniversitario Nacional Relevamiento 2012 Bs. As Editado por: CNCPS Casano Gráfica S.A. Pág: 1-76 2012
- 128.-**Tobar, F; Olaviaga, S y Solano, R. Retos postergados y nuevos desafíos del sistema de salud argentino. Cippec. Documento de Políticas Públicas. Análisis N°99. Programa de Salud. Área de Desarrollo Social. Pag 2-12. 2011
- 129.-** Maceira, D. El sistema de salud en Argentina. En La inequidad en la salud. Hacia un abordaje. Bs. As IIED-América Latina Publicaciones. Pag 67-80. 2008
- 130.-** *Informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) 2014* [en línea] [Consultado 10/05/014] Disponible en URL <http://www.emol.com/noticias/economia/2014/03/18/650360/segun-informe-chile-es-el-pais-de-la-ocde-con-mas-desigualdades-por-sus-ingresos.html>
- 131.-** Diker, G, Frigerio, G. Cap 1 Los recién Llegados Los que reciben Otros recién Llegados Cap 2 Otros nombres de lo Familiar Cap 5 Al tiempo de la política. Cap 6 Políticas contra la Infancia: en Tiempos de Infancia. Argentina, Fragmentos de 200 años Bs. As. Ed. Santillana Pags.18-19; 22-23; 36-37; 60-61; 133-147; 148-149. 2009
- 132.-** Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Censo Nacional de Hogares, Población y Vivienda. 2010 Censo del Bicentenario Serie B N° 2. Tomo 1. Bs As. Documento impreso. 2012
- 133.-** López .N. [et ál.]; La situación de la primera infancia en la Argentina A dos décadas de la ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño Fundación Arcor Córdoba. Edición Andrea Schulte-Brockhoffe y Julia Tortoriello., Pag 11-172. 2012.

- 134.-** OMS Centro de Prensa. *Reducción de la mortalidad en la niñez. Datos y Cifras*. Nota descriptiva N° 178 [en línea]12/09/012 [Consultado 5/06/013] Disponible en URL <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>
- 135.-** Ministerio de Desarrollo Social. Presidencia de la Nación Plan de Acción del Estado por los derechos de la niñez Niñas, niños y adolescentes 2008-2011. Protagonistas del Bicentenario Bs As Documento impreso. Pag 4-28 2008
- 136.-** UNICEF Un mundo apropiado para los niños y las niñas. ODM. Documento de la sesión especial a favor de la infancia. La convención sobre los derechos del niño. N. York Autor y editor UNICEF Documento impreso. Pag 7- 120.: 2006 (reimpresión)
- 137.-** UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2012 Niñas y niños en un mundo urbano. N. York. Brodock Press, Inc. Documento impreso. Pag. 1-68. 2012
- 138.-** Programa Mundial de Alimentos (PMA) Mapa del Hambre- 2011. [en línea]18/04/011 [Consultado el 30/11/011] Disponible en [URL](http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/communications/wfp229489.pdf) <http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/communications/wfp229489.pdf>
- 139.-** Ministerio de Desarrollo Social Programa de Nutrición y Alimentación Nacional Ley 25.724/2003
- 140.-** Santiago del Estero. Dirección Nacional de Relaciones Económicas con las Provincias. DINREP Documento impreso. Pag 1-21. 2014
- 141.-** PNUD Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina 2. Segregación residencial en Argentina. Bs. As. Camdessus, I; Morán, M y Araujo, C; Jalfin, S. Pag 10-19 2009
- 142.-** Di Lullo, O; Garay, L. La vivienda popular de Santiago del Estero, Universidad Nacional de Tucumán Documento impreso. Tucumán. Pag 1-8. 1969
- 143.-** Biaggi, C, Canevari, C, Tasso, A. Cap. I: Los trabajos de las mujeres rurales. Cap: IV. Los derechos humanos de las mujeres rurales; en Mujeres que trabajan la tierra. Un estudio sobre las mujeres rurales en la Argentina. Bs. As. Grafica Santander SRL Pag.19-36; 100-104. 2007
- 144.-** Di Lullo, O- La Medicina popular en Santiago del Estero. (Segunda Parte) Reimpresión Santiago del Estero. Casa editora: Franco Rossi. Pag 26-97. 2010.
- 145.-** OPS/OMS/CEPAL/PNUD Punto III. Organización y cobertura. En: El Sistema de Salud Argentino y su Trayectoria de Largo Plazo: logros alcanzados y desafíos futuros. Aportes para el Desarrollo Humano. Bs As, Autor Editorial PNUD Sexta serie. Pag 21-34. 2011
- 146.-** BM. Salud Reproductiva Rural en la Argentina. Provincias de Misiones, Salta y Santiago del Estero. Bs. As. GEA Pag..33-122. 2001
- 147.-** Ciancia H, Domínguez, A y cols. Morbilidad Severa y Mortalidad Materna en Santiago del Estero. Un análisis de la Situación Provincial. Santiago del Estero Lucrecia Ed Pag. 39-104 2009
- 148.-** Presidencia de la Nación. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Plan Nacer Argentina Resolución 1173/2004, modificada por Resolución N° 1919/06 por PLAN NACER.

- 149.-** González Russo, J; Canevari, C; Borsellino, S; Ramírez, M; Álvarez, G; Blanco, M; et. al Informe Final impreso. Proyecto de seguimiento y monitoreo del Programa de Salud sexual y Procreación responsable (CoNDeRS) Línea de acción: exigibilidad. Provincia de Santiago del Estero Documento impreso Pag 3-4; 9-10. 2008
- 150.-** CoNDeRS *Informe anual de monitoreo sobre el acceso a los derechos sexuales en la Argentina. Persisten barreras a los derechos sexuales en argentina* Gacetilla de prensa [en línea] 24 de agosto de 2011. [Consultado 12/01/012]
 Disponible en URL <http://sabesquenosoybuena.blogspot.com.ar/2011/08/persisten-barreras-los-derechos.html>
- 151.-** Ciancia H, Domínguez; A; Curioni, M; Burgos, M. Mortalidad Materna en Santiago del Estero 2003-2006- Santiago del Estero Lucrecia Editorial. Pag 42-49. 2006
- 152.-** MSN/DEIS. Defunciones maternas según jurisdicción Bs As, Serie 5 N° 52. Pag 87. 2009
- 153.-** UNICEF/SAP. Salud materno-infanto-juvenil en cifras 2015. Bs. As. Pag 8-60. 2015
- 154.-** PNUD/ODM/CNCPS/Presidencia de la Nación. Guía ODM de adaptación a nivel local. Una herramienta de planificación para el desarrollo local Bs. As. Gráfica: GRAPHIX Pag 8-23. 2009
- 155.-** UNFPA Estado de la población mundial 2011. “7 mil millones de personas: su mundo, sus posibilidades” .N. York. Pag 1 2011
- 156.-** United Nations. Demographic Yearbook Annuaire démographique 2011 N.York United Nations publication. Documento impreso. Pag 90-99; 385-435 2012
- 157.-** OMS Estadísticas demográficas y socioeconómicas en: Estadísticas sanitarias Mundiales Francia. Ediciones de la OMS Documento impreso. Pag 131-141. 2009
- 158.-** UNICEF Estado Mundial de la Infancia. Excluidos e invisibles. N. York Brodock Press Documento impreso Pag 1-97 2006
- 159.-** CBN. *Cuidando huérfanos* [en línea] [Consultado 24/09/013] Disponible en URL <http://www.cbnla.com/index.php/lo-que-hacemos/proyectos-de-ayuda/54-cuidando-a-los-huorf>.
- 160.-** Family Health International Atención para huérfanos, niños afectados por el vih/sida, y otros niños vulnerables. Un marco de trabajo estratégico U.S.A Documento impreso. Pag 1-16 2002
- 161.-** Whetten K, Ostermann, J, Whetten, R, ODonnell, K, Thielman, N. More than the loss of a parent: potentially traumatic events among orphaned and abandoned children J Estrés Trauma. abril 2011, 24 (2) :174-182. Publicado en Internet el 25 de marzo 2011
- 162.-** UNICEF. *Huérfanos*. Centro de prensa [en línea] [Consultado 16/01/2012] Disponible en URL http://www.unicef.org/spanish/media/media_45290.html
- 163.-** UNICEF. Progreso para la infancia. Examen estadístico de un mundo apropiado para los niños y las niñas Número 6. N.York División Comunicaciones UNICEF Pag 2-3. 2007
- 164.-** Bowlby, J . Cap 1. El trauma de la Pérdida. Cap 15. El duelo en los niños; en. La pérdida. Vol 3 de la trilogía. El apego y la pérdida. Bs. As. Paidós Psicología Profunda. Pag 31-45; 280, 283, 285, 300, 336, 346. 2009

- 165.-** UN/CEPAL/CELADE, División de Población de la CEPAL Cap V El poblamiento de las áreas de baja densidad demográfica en América Latina; en: Población, territorio y desarrollo sostenible. UN-Santiago de Chile. Pag 25-31. 2012
- 166.-** UNFRA *América Latina y el Caribe* Programa Regional Población y desarrollo [Consultado 22/12/2012] Disponible en URL [http:// www.ac.unfpa.org/public/cache/offonce/pid/2022/2023](http://www.ac.unfpa.org/public/cache/offonce/pid/2022/2023)
- 167.-** UNESCO/IIPE-UNESCO (Bs. As)/OEI (Organización de los Estados Iberoamericanos) Cap. 1 Las condiciones en que se nace y se vive la primera infancia en América Latina en: Primera infancia en América Latina: La situación actual y las respuestas desde el estado. Informe sobre tendencias educativas en América Latina. Bs. As. Trama S.A. Pag 29-61 2009.
- 168.-** Unites Nations/ECLAC. Demographic Bulletin 1950-2050 Latin America and the Caribbean: Population Ageing CEPAL Santiago de Chile. N°72. Documento impreso Pag 13-14. 2003
- 169.-** UN/CEPAL Capítulo I Crisis, pos-crisis y cambio de época: entre los límites del desarrollo y el desarrollo que nos planteamos Capítulo VI Las brechas sociales por cerrar en: La hora de la igualdad: Brechas por cerrar y caminos por abrir. NU-Santiago de Chile. Pag 15-47; 185-225. 2010.
- 170.-** Thielman N , Ostermann J , K Whetten , Whetten R , O'Donnell K Correlates of poor health among orphans and abandoned children in less wealthy countries: the importance of caregiver health. [en línea] 12/06/012 [Consultado] 13/12/2012 Disponible en URL <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22719867>
- 171.-** *Niños huérfanos en América Latina por la migración de los padres.* [en línea] [Consultado] 13/04/2012 Disponible en URL: <http://suite101.net/article/ninos-huerfanos-por-migracion-de-padres-en-america-latina-a42119#ixzz22toc9GCa>
- 172.-** Musil CM , Gordon NL , Warner CB , Zauszniewski JA , Standing T , Wykle M .Grandmothers and caregiving to grandchildren: continuity, change, and outcomes over 24 months. The Gerontologist (2011) 51 (1):86-100.2011.
- 173.-** Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC)/MSN-RA Estadísticas Vitales Información Básica (2009). Proyecciones de población 2001-2010 Indicadores de la dinámica demográfica y de sus componentes. 1950-2015
- 174.-** UNICEF/CIDH (Comisión Interamericana de Derechos Humanos) OEA. Derecho del niño y la niña a la familia. Cuidado alternativo. Poniendo fin a la institucionalización en las Américas Washington Documento impreso. Pag 9-65. 2013
- 175.-** Lejarraga, H. Cap 18 La Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes (AIEPI) y los trastornos del desarrollo infantil. en: Desarrollo del niño en Contexto. Bs As. Paidós Tramas Sociales Pag 587-590. 2004
- 176.-** Brunfman, M Cap V La crianza de los niños. Cap VII La utilización de los servicios médicos. Cap VIII Hacia una antropología de la muerte infantil. La muerte como experiencia de los sobrevivientes en: Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil. 2da ed Bs. As Lugar Editorial. S.A. Pag 143-148; 195-222; 223-229. 2001.

- 177.-** Whitley, D. M. Cuando los abuelos crían a sus nietos: Un llamado a la acción [en línea] 12/010 [Consultado] 13/04/2012 Disponible en URL https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/hslc/Espanol/participacion/FCP/famcom_rep_00248e_043007.html
- 178.-** UN. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. (1995) Documento impreso - N York, NU Número 96.IV.13 Pag 3-5.1996
- 179.-** Ministerio de Desarrollo Social de la Nación/UNICEF. Situación de niños, niñas y adolescentes sin cuidados parentales en la República Argentina. Relevamiento nacional y propuestas para la promoción y el fortalecimiento del derecho a la convivencia familiar y comunitaria. Bs. As. Editora Guadalupe Rodríguez Pag 9-45 2012
- 180.-** Domínguez, A; y otros. La situación social de los huérfanos de las Muertes maternas en Santiago del Estero. Rev. Arg de Enf N° 37 Córdoba Gráfica: BR COPIAS Pag 21-24. 2006
- 181.-** Brown EJ , Jemmott LS , Outlaw FH , T Wilson , Howard M , S Curtis .African American grandmothers' perceptions of caregiver concerns associated with rearing adolescent grandchildren. Arch Enferm. Psychiatr. 14 (2): Pag 73-80. .2000
- 182.-** Kotliarenco, M. A; Cáceres, I.; Fontecilla, M. Estado del Arte en Resiliencia. OPS/OMS Fundación W. K. Kellog, Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo, Centro de Estudios y Atención del Niño y la Mujer (CEANIM) Documento impreso Pag 1-48.1997
- 183.-** Kotliarenco, M. A . Cáceres,I. Resiliencia y apego en:Estado del Arte en Resiliencia Documento impreso Pag 1-9. 2011
- 184.-** Ramognini, M.E Arte y resiliencia en niños en situación de riesgo psicosocial. Estudio de sistematización de los primeros años de actividad de la Fundación Casa Rafael: 2006 a 2008.Documento Impreso Pag 13-34 2008
- 185.-** Kübler-Ross, E; Kessler, D Sobre el duelo y el dolor Luciérnaga .Pag 237 2015
- 186.-** García Riart; J González Bosio, B Descubriendo las propias fortalezas: resiliencia infantil enfocada en niños/as huérfanos o menores en situación de riesgo España. Editor Universidad de Granada Pag 7-87. 2007
- 187.-** Gómez, E; Kotliarenco, M. E. Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas Revista de Psicología, Vol. 19, N° 2, Pag 103-131. 2010
- 188.-** González Arratia López Fuentes; I; Valdez Medina, J. L; Van Barneveld, H O; González Escobar; S Resiliencia y salud en niños y adolescentes. Facultad de Ciencias de la Conducta. Ciencia-ergsm Universidad Autónoma del Estado de México Vol. 16-3. Pag 247-253 2009-2010.
- 189.-** Borges Chapere, Z; Silva Figueiredo, M. Promoción de la esperanza y resiliencia familiar. Prácticas apreciativas. Rev Invest y Educ en Enfer. Univ de Antioquia /Fac de Enfer Vol 28, nº 2. Pag. 250-257. 2010
- 190.-** Observación General No. 7, Comité de los Derechos Niño, Realización de los derechos del niño en la primera infancia, 40º período de sesiones (2006), U.N. Doc. CRC/C/GC/7/Rev.1. 2006

- 191.-** OIT *101ª Conferencia Internacional del Trabajo*. Ginebra. Suiza 2012 [en línea] Adoptada el 13 de junio de 2012 [Consultado 20/02/2013] Disponible en URL http://www.ilo.org/ilc/ILCSessions/101stSession/texts-adopted/WCMS_194634/lang-es/index.htm
- 192.-** OIT/OMS Piso de Protección Social para una globalización equitativa e inclusiva Suiza. Documento impreso por OIT Pag 9-74 2011
- 193.-** Bonvecchi, A; Smulovit, C. Atender Necesidades, crear oportunidades o garantizar derechos. Visiones sobre la política social. BM Serie de documentos de trabajo sobre Políticas Sociales. N° 1. Bs. As. Pag 23-25 2007
- 194.-** Piso de Protección Social Resumen para Odema (Organización de entidades mutuales de las Américas) Instituto de capacitación mutual Documento impreso Pag 3-29. 2011
- 195.-** Tendencias demográficas y protección social en América Latina y el Caribe Serie población y desarrollo N° 92 Programa Regional de Población y Desarrollo/CELADE-División de Población/FPNUD Santiago de Chile-UN Documento impreso Pag 11-74. 2008
- 196.-** OPS/OMS Esquemas de protección social para la población materna, neonatal e infantil: lecciones aprendidas de la Región de América Latina Washington, D.C.: OPS, Pag 19-28 2008
- 197.-** Tinoco; E. *La encrucijada de la seguridad social* [en línea] 26 de octubre de 2012 [Consultado 16/11/012] Disponible en URL http://ilo.org/americas/oficina-regional/direcci%C3%B3n-regional/WCMS_192025/lang--es/index.htm
- 198.** Montaña, S (Coordinadora). Una Mirada a la crisis de los márgenes. Cuadernos de la CEPAL N° 96. Santiago de Chile Pag 83. 2011
- 199.-** Bosch, M; Melguizo, A; Pagés, C. Cap.3. ¿Por qué la cobertura es tan baja? En: Mejores pensiones. Mejores Trabajos. Hacia la cobertura universal en América Latina y el Caribe. Washington. BID Vol. I. Pag. 62-126. 2013.
- 200.-** Cecchini, S; Madariaga, A. Capítulo II Características de los programas de transferencias condicionadas Capítulo V Impacto F. Empoderamiento de las mujeres Programas de Transferencias Condicionadas. Balance de la experiencia reciente en América Latina y el Caribe Cuadernos de la CEPAL N° 95.Santiago de Chile NU Pag 13-42 151-154. 2011
- 201.-** Bertranou, F; Bonari, D (coords) Protección Social en Argentina. Financiamiento, Cobertura y Desempeño 1990–2003. Santiago de Chile, OIT. Documento impreso. Pag 17-32; 68-69; 101-104; 184-187. 2005
- 202.-** Ministerio de Desarrollo Social de la Nación/Presidencia de la Nación. Punto III Políticas Sociales. Modelos, en Políticas Sociales del Bicentenario. Un Modelo Nacional y Popular Tomo I Bs. As. Artes Gráficas Urbano. Pag 34-58; 234-238; 253-254. 2010
- 203.-** Ministerio de Desarrollo Social de la Nación/Presidencia de la Nación. Políticas Sociales del Bicentenario Un Modelo Nacional y Popular. TOMO II Glosario. Definiciones y. contexto. Bs. As. BRAPACK S.A. Pag 9-113. 2010

- 204.-** Rofman, R; Oliveri, M. Las Políticas de Protección Social y su impacto en la distribución del ingreso en Argentina. Serie de Documentos de Trabajo sobre Políticas Sociales. Nº 6. Bs. As. BM Pag 5-43. 2010
- 205.-** Ringold, D; Rofman, R. Argentina: políticas de transferencia de ingresos hacia el Bicentenario en Los Programas Sociales en Argentina hacia el Bicentenario. Visiones y perspectivas. Bs. As. Cruces, G; Moreno, J M; Ringold, D; Rofman, R (editores) Pag. 25-46. 2008.
- 206.-** Díaz Langou, G, Potenza, F; Masetto, D; Forteza, P. Los principales programas nacionales de protección social. Estudio sobre los efectos de las variables político-institucionales en la gestión CIPPEC Documento de Trabajo Nº45 Pag 51-136. 2010
- 207.-** Aquilino, N; Arias, E; Estévez, S; Echt, E Hacia un análisis de evaluabilidad de planes y programas sociales. Un estudio sobre 16 iniciativas nacionales CIPPEC Documento de Políticas Públicas Nº 124 Pag 1-13. 2013
- 208.-** Gasparini, L. Dialogo 8: A un año de la Asignación Universal por Hijo, impactos y desafíos en Diálogos de Protección Social. Reporter final 2010. CIPECC Programa de Protección Social. Bs. As. Area de Desarrollo social Pag 57-64 2010
- 209.-** Agis, E; Cañete, C; Panigo, D. Asignación Universal por Hijo.. Bs.As. Revista Aulas y Andamios Fundación uocra. Pag.11-16. 2009
- 210.-** Observatorio de la Seguridad Social-Ansses. La Asignación Universal por hijo para protección social: Una política de inclusión para los más vulnerables. Bs. As Documento impreso Pag 8-9. 2011
- 211.-** Observatorio de la Seguridad Social-Ansses. La Asignación Universal por hijo para protección social en perspectiva: La política pública como restauradora de derechos. Bs. As. Ansses. Pag 11-53. 2012
- 212.-** Potenza, A; Dal Masetto, M. Los principales programas de protección social en la provincia de Santiago del Estero, Documento de Trabajo Nº66, Bs As CIPPEC. Documento impreso Pag 5-59. 2011.
- 213.-** OMS/Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación resumen analítico Bs. As. Ediciones Journal S.A. Pag 1-23. 2009
- 214.-** UNICEF *El niño y la niña en la familia El niño o niña privado de atención familiar.* [en línea] [Consultado 2/11/010] Disponible en URL http://www.unicef.org/spanish/child_family/22352_24511.html
- 215.-** Ley 7664. Mendoza. 2007. Régimen de protección integral de la familia en caso de defunción de la mujer en proceso reproductivo. Incorporación del inc. 11) al art. 50 de la ley Sancionada 07/03/ 2007. Promulgada 16/03/2007. Publicada en Boletín Oficial 17/04/2007
- 216.-** EL LIBERAL El Congreso debatirá una ley para dar mayor contención a hijos de víctimas de femicidio. Diario Santiago del Estero.15/08/2012
- 217.-** Tuñón, I. Infancias en observación: progresos, ausencias y desigualdades. Evolución de indicadores de derechos y desarrollo humano. Serie del Bicentenario 2010-2016; informe especial.

Observatorio de la Deuda Social Argentina. Barómetro de la Deuda Social de la Infancia. Universidad Católica Argentina. Pag 3-26. 2011

218.- Informe Estadístico del Departamento de Estadística. Hospital Regional "Dr Ramón Carrillo". Santiago del Estero. 2009

219.- OMS/SAP (Sociedad Argentina de Pediatría) Ministerio de Salud de la Nación. Guía para la evaluación del crecimiento. Ideográfica. 2007

220.- Abeyá Gilardon, E; Calvo, E; Durán, P; Longo; E; Mazza; C. Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría. Bs. As. Marcelo Kohan. Pag 31-67. 2009

221.- Roggiero E, Di Sanzo M. Cap 5. Fisiopatología, clínica y tratamiento dietoterápico en: Desnutrición Infantil. Rosario Ed. Corpus. Pag 37-43. 2007.

222.- Lejarraga, H y otros. Cap 5 Descripción de la prueba en: Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE) Bs. As. .Arte y Letras. Pag 51-105. 2005

223.- Ministerio de Salud de la Nación/Dirección de Epidemiología. Abordaje Integral de las Infecciones Respiratorias Agudas. Guía para el equipo de salud. 2da ed. Pag 9-18; 81-83 2011

224.- OMS. *Enfermedades diarreicas*. Nota descriptiva N° 330. [en línea]9/09 [Consultado 5/11/010] Disponible en URL <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>

225.-Vasilachis de Gialdino, I. Los problemas teórico epistemológicos en: Métodos Cualitativos I.. Bs As. Centro Editor de América Latina S.A .Pag 2-38 1992

226.- Rodríguez Gómez, G; Gil Flores, J; García Jiménez, E. Metodología de la Investigación Cualitativa. España. Edit. Aljibe. Pag 32, 46-47. 1996

227.-Szasz Pianta I. Significados de la sexualidad la reproducción y la anticoncepción. Análisis de entrevistas en profundidad a 13 mujeres que se practicaron la cirugía anticonceptiva en una zona rural del centro de México, Documento de Trabajo N° 3. Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, México Editor: El Colegio de México. Pag 3-37. 2001

228.- Guber, R; Punto 4 La entrevista etnográfica. Punto 7 El método etnográfico en el texto en: .La etnografía. Método, campo y reflexividad. Bs As. Siglo XXI Editores Argentinos. Pag 69-92, 127-136. 2014

229.- De Souza Minayo, M. C. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. Salud Colectiva. 6 (3):251-261. Universidad Nacional de Lanús. Bs As, Argentina. 2010

230.- Ulin, P; Robinson, E; Tolley, E. Cap 4: La recolección de datos cualitativos<. La ciencia y el arte en: Investigación aplicada a la Salud Pública. Métodos cualitativos. Washington OPS/OMS .Publicación Científica y Técnica N° 614.Pag 67-68 2006

231.- Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 Censo del Bicentenario Serie Base de datos Censo 2010 Documento impreso. Pag 2-12 2013

232.- De Souza Minayo, M. C. Cap 10. Técnicas de investigación La entrevista como técnica privilegiada de comunicación en: La artesanía de la Investigación cualitativa. Bs As. Lugar Editorial Pag 215-243. 2009

ANEXOS

Población por Departamentos de Santiago del Estero

Departamentos de la provincia de Santiago del Estero según número de habitantes p/Km2 de acuerdo al Censo 2010.

	Departamento	Población	Superficie	Hab.p/km2
1	Capital	277.312	2.116	131,1
2	Banda	144.136	3.597	40,1
3	Río Hondo	53.650	2.124	25,3
4	Robles	43.896	1.424	30,8
5	General Taboada	38.066	6.040	6,3
6	Choya	35.832	6.492	5,5
7	Moreno	31.715	16.127	2,0
8	Copo	31.228	12.604	2,5
9	Avellaneda	21.124	3.902	5,4
10	Pellegrini	20.335	7.330	2,8
11	Loreto	19.876	3.337	6,0
12	Alberdi	18.303	13.507	1,4
13	Figueroa	17.568	6.695	2,6
14	Juan F. Ibarra	17.496	9.139	1,9
15	Ojo de Agua	15.354	6.269	2,4
16	Jiménez	14.368	4.832	3,0
17	San Martín	14.098	2.097	6,7
18	Salavina	11.012	3.562	3,1
19	Atamisqui	11.011	2.259	4,9
20	Quebrachos	10.540	3.507	3,0
21	Belgrano	10.328	3.314	3,1
22	Sarmiento	9.177	1.549	5,9
23	Aguirre	7.797	3.692	2,1
24	Silípica	7.688	1.179	6,5
25	Guasayán	7.599	2.588	2,9
26	Rivadavia	5.071	3.402	1,5
27	Mitre	1.881	3.667	0,5

Distancias desde el interior provincial a la capital de Santiago del Estero

Localidad	Distancia en Km a la capital	Rutas
Alijilan	193	9
Ambargasta	150	9
Añatuya	197	34 (desvío C. Dora)
Argentina	300	34
Arraga	30	9
Atamisqui	111	9 – 1
Averías	252	34 – Añatuya – 21
Bandera	261	34 – 6 – 21
Bandera Bajada	107	5 – 2
Beltrán	30	34
Brea Pozo	81	9 – 18 (o 34)
Campo Gallo	243	5 – 92
Cañada del Medio	26	9
Casares	217	34
Caspi Corral	90	5
Cerrillos	51	64
Cerrito	160	9
Clodomira	35	11
Colonia Dora	174	34
Colonia Tinco	77	9
Chañar Pocito	52	9
Chañar Pozo	48	9
Choya	116	64 – 24 – 6
Dolores	35	64
El Puestito	13	9
Estación La Punta	100	64 – 24
Estación Zanjón	15	9
Ezcurra	22	9
Fernández	49	34
Fortín Inca	304	34 – 6 – 21
Forres	38	34
Frías (por Lavalle)	146	64 – 157
Frías (por V. La Punta)	148	64 – 24 – 6
Garza	93	34
Guanaco Sombriana	119	9
Herrera	156	34
Icaño	185	34
Isca Yacu	107	34
Isla Verde	100	9
La Abrita	27	9
La Aguada	64	9
La Aurora	41	34
La Banda	8	Autopista Sgo – La Banda
La Cañada	62	34 – 183
La Fragua	231	34 – 37

La Nena	295	34 – Añatuya – 7
Laprida	93	9 – 6
La Puerta	43	9
Las Palmeras	28	9
Lavalle	98	64
La Vernacha	9	9
Loreto	59	9
Los Juríes	278	34 – Añatuya – 7
Los Telares	245	34 – 7
Lugones	120	34
Luján	39	64
Mailín	145	34
Malbrán	273	34
Matará	121	34 – (Garza)
Monte Quemado	360	5 – 92
Monte Redondo	88	9
Naranjito	58	9
Negra Muerta	136	9
Nueva Esperanza	233	34 – 4
Nueva Francia	47	9
Ojo de Agua	210	9
Otumpa	246	34 – 6 – 92
Palo Negro	319	34
Pampa de los Guanacos	402	5 – 92 – 17 – 6
Pampa Muyoj	15	64
Paraná	59	64
Pinto	242	34
Pirpintos	416	34 – 6 – 92 – 16
Pozo Hondo	87	34
Pozo Simbol	110	9
Primavera	169	9
Puente	130	9
Puerta del Cielo	43	64
Quimilí	206	34 – 6
Ramadita	54	9
Real Sayana	200	34
Rodeo	79	64
Rodeo de Soria	33	9
Rosario	20	64
Sachayoj	348	5 – 92 – 17 – 6
San Gerónimo	74	9
San Gregorio	98	9
San José del Boquerón	232	5 – 2
San Juan	119	64
San Lorenzo	25	64
Santo Domingo	174	9
San Pedro de Guasayán	134	64 – 157
Santa Catalina	63	64
Santa María	21	9

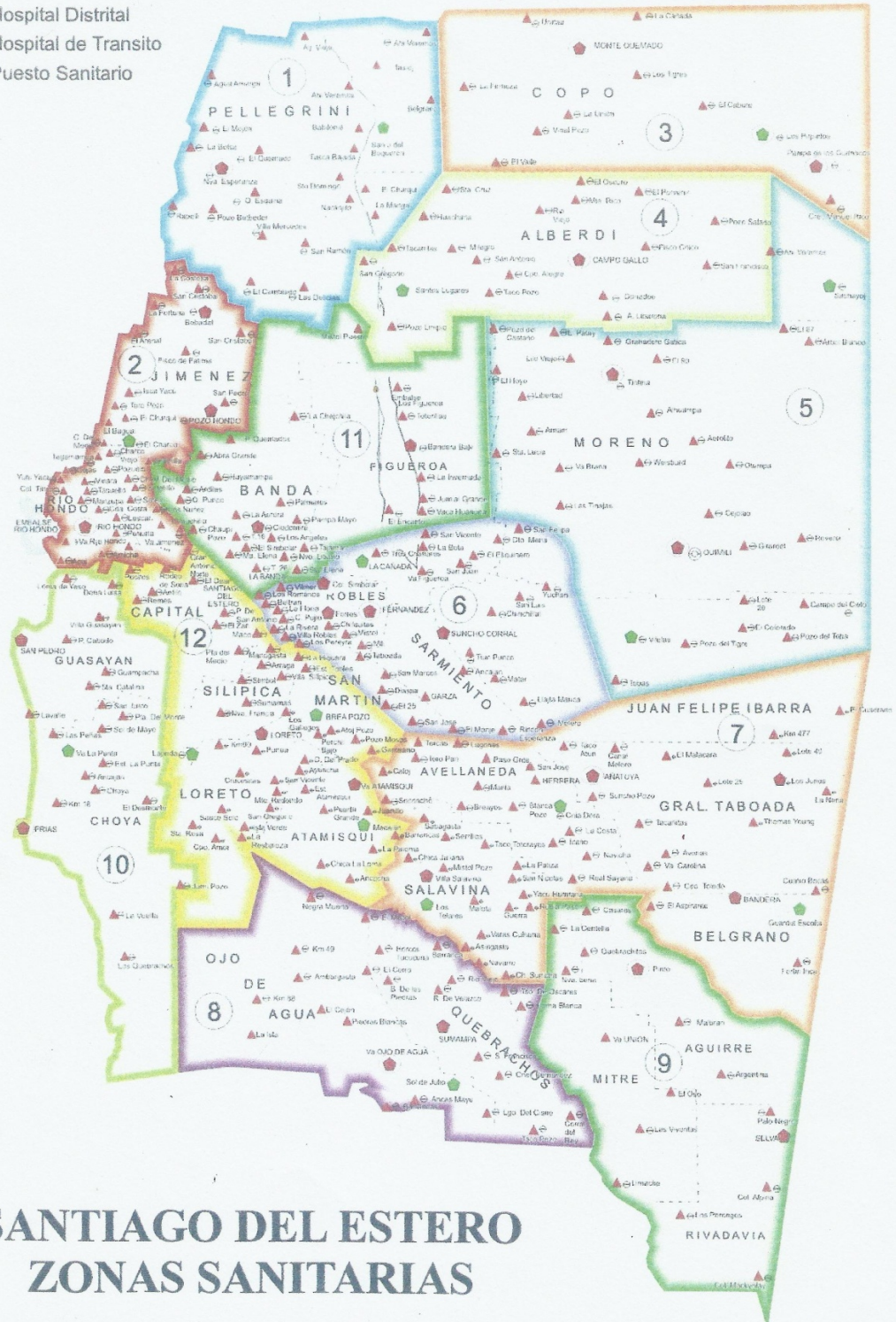
San Vicente	82	9
Simbol	37	9
Selva	334	34
Sol de Julio	261	9 – 15
Sol de Mayo	81	64 – 24
Sumamao	65	9
Sumampa	238	9 – 13
Suncho Corral	103	34 – 6
Taboada	67	34
Tapso	121	64 – 157
Termas de Río Hondo	67	9
Tintina	188	5
Vilelas	192	34 – 56
Villa Atamisqui	124	9 – 1
Villa la Punta	92	64 – 24
Vilmer	21	34
Villa Mailín	137	34
Villa Salavina	186	34 – 93
Villa Unión	276	34 – 13 – 31
Weisburd	233	34 – 6 – 116
Yanda	17	9
Zanjón	10	9

Viviendas del interior de Santiago del Estero



Referencias

- № De Zona Sanitaria
- ◆ Hosp. Zonal
- ◆ Hospital Distrital
- ◆ Hospital de Transito
- ▲ Puesto Sanitario



**SANTIAGO DEL ESTERO
ZONAS SANITARIAS**

Localidades del interior visitadas



Rutas y caminos del interior



Base de datos de entrevistados de las muertes maternas ocurridas en el Hospital Regional “Dr. Ramón Carrillo” año 2008. Santiago del Estero

Datos del/la entrevistado/a										Datos de la fallecida										
Flia	Fecha Entrev	Lugar	Dpto	Km Rec	Sex	Ed	Ocup	Esc	Rel. Parent	Fecha Fallec	Ed	Est Civ	Escol	Ocup	Lugar Fallec	Cau mte	Huerf actua	Hue>5ª	A cargo	
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				

Consentimiento informado para participar en la investigación

Estoy llevando a cabo un estudio acerca de la situación socio-demográfica y de salud de los niños menores de 5 años de madres fallecidas en trance obstétrico durante el año 2008. Es por esta razón que me gustaría recoger alguna información sobre la situación de estos niños y de sus familias cuidadoras, con el objetivo de hacer conocer a las autoridades de salud provincial sus resultados para ayudar a plantear programas que beneficien a los huérfanos y sus familias

Esta información se mantendrá en la confidencialidad y anonimato y las entrevistas se identificarán con número. Ud. Puede elegir participar o no de este estudio

Si Ud tiene alguna duda puede contactarse con la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud y Acción Social (Dra. Mónica Afur) TE: (0385) 4226885 o a la Directora del Departamento de estadística del Hospital Regional "Dr. Ramón Carrillo". Licenciada Graciela Kraf TE: (0385) 4222424.

Le he dado la información acerca del estudio que pretendo realizar. Le he comentado los riesgos y beneficios de participar en el mismo. Le he explicado que puede elegir NO participar del estudio. Esto no lo perjudica en nada.

He leído/escuchado este consentimiento y he decidido voluntariamente participar.

Firma del participante

Fecha

Firma de la persona que solicita el consentimiento

Fecha

Yo no estoy capacitado/a para leer este consentimiento, pero.....me ha leído y explicado el mismo y he decidido participar voluntariamente.

Firma del participante/testigo

Fecha

Firma de la persona que solicita en consentimiento

Fecha

Base de datos de muertes maternas ocurridas en el Hospital Regional "Dr. Ramón Carrillo" durante el año 2008

Nº	Apellido y Nombre	Edad	Fecha de Defun	Lugar de Fallec.	Residencia habi	Diag. relacionado con la defunción	Hijos Previos	Huérf Act	Huérf Menor 5 años	Observaciones.
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										

Base de datos de madres vivas con hijos menores de 5 años

Flia	Fecha Entrev	Residencia	Dpto	Km Rec	Edad	Est. Civ	Esc	Ocup	Nº de Hijos	Fallec< 5 a	Edad del fallec	Causa
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												

Base de datos socio-económicos de las familias de huérfanos y de madres vivas con menores de 5 años

Flia	Residencia		Estruc fliar		Tipo de vivienda			Proc del agua		Prov. De agua			Acces sanit		Cons Carb/leña		Convivientes				Capacidad económica					Tipo de familia			N° de hijos	Observac
	1	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	3	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3				
1																														
2																														
3																														
4																														
5																														
6																														
7																														
8																														
9																														
10																														
11																														
12																														
13																														
14																														
15																														

Referencias: **Clasificación del INDEC (Censo 2010)**

• **Residencia**

- 1.- Capital
- 2.- Interior

• **Estructura familiar**

- 1.- Hogar familiar extendido
- 2.- Hogar familiar nuclear

• **Tipo de vivienda**

- 1.- Casa tipo A
- 2.- Casa tipo B
- 3.- Rancho

• **Procedencia del agua**

- 1.- Agua potable
- 2.- Agua no potable

• **Provisión de agua**

- 1.- Por cañería dentro de la vivienda
- 2.- Fuera de la vivienda pero dentro del terreno
- 3.- Fuera del terreno

• **Acceso Sanitario**

- 1.- Disponibilidad de baño instalado dentro de la vivienda
- 2.- Disponibilidad y Uso de letrina

• **Combustible usado para cocinar**

- 1.- Gas natural/garrafa
- 2.- Leña/carbón

• **Número de personas convivientes**

- 1.- Número total de convivientes
- 2.- Número de dormitorios
- 3.- *Números de camas.*
- 4.- *Hogares con hacinamiento crítico*

• **Capacidad Económica de la familia**

- 1.- *Nº de personas que aportaban al ingreso familiar*
- 2.- *Ingresos aproximados en pesos*
- 3.- *Ingresos por programas sociales*

▶ *Pensión/jubilación*

▶ *Asignación Universal por Hijo (AUH)*

▶ *Asignación Universal por Embarazo para la Protección Social (AxE)*

▶ *Ayuda económica para alimentación.*

- 4.- Ninguno

- 5.- Concurrencia a Comedores escolares y/o comunitarios

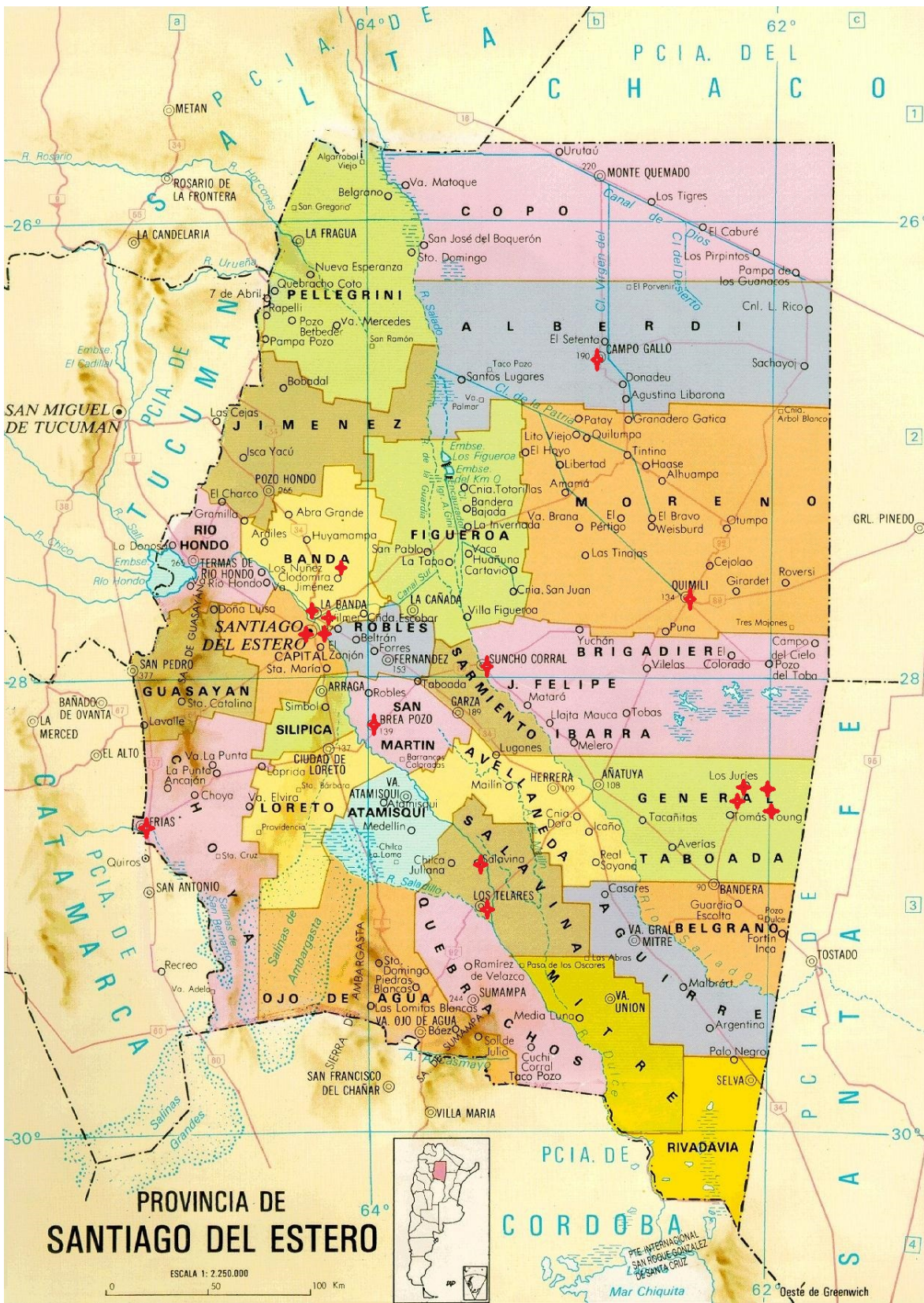
• **Condición de la familia**

- 1.- Familia indigente
- 2.- Familia pobre
- 3.- Familia no pobre

Viviendas urbano-marginales



Mapa de localización de las muertes maternas 2008



Hospitales y Centros de salud del interior



Base de datos demográficos y de salud-enfermedad de niños huérfanos y de madres vivas menores de 5 años

Huerf y de madre s vivas	Demográficos		Salud														Enfermedad				Observaciones	
	Sexo		Edad	Crecimiento			Estado Nutricional					Vac		Desarrollo				Enfermedades Padecidas				
	M	F		Peso	Ta	IMC	Eu	Des ag	Des cr	Sb	Ob	C	I	Aps	Amf	Amg	Aleng	Neum	BOR	Desn		EDA
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						

(*)Aplicación de la Prueba nacional de Pesquisa. PRUNADE .Fundación Hospital Garrahan

Sexo: 1.M- 2 F - 3 Edad – **Crecimiento:** 1 Peso - 2 Talla -3 IMC (Índice de Masa Corporal) – **Estado Nutricional:** 1 Eutrófico - 2 Desnutrido Agudo - 3 Desnutrido Crónico - 4 Sobrepeso – 5 Obeso – **Vacunación:** 1 Com. 2 Inc. **Desarrollo:** 1Área Personal Social 2 Área Motricidad fina -3 Área Lenguaje –4 Área Motricidad Gruesa – **Enfermedades:** 1 Neumonía –2 BOR (Bronquitis Obstructiva Recurrente) -3 Desnutrición – 4 EDA (Enfermedades diarreicas agudas)

NIÑOS
PESO PARA LA EDAD
 Nacimiento - 6 años

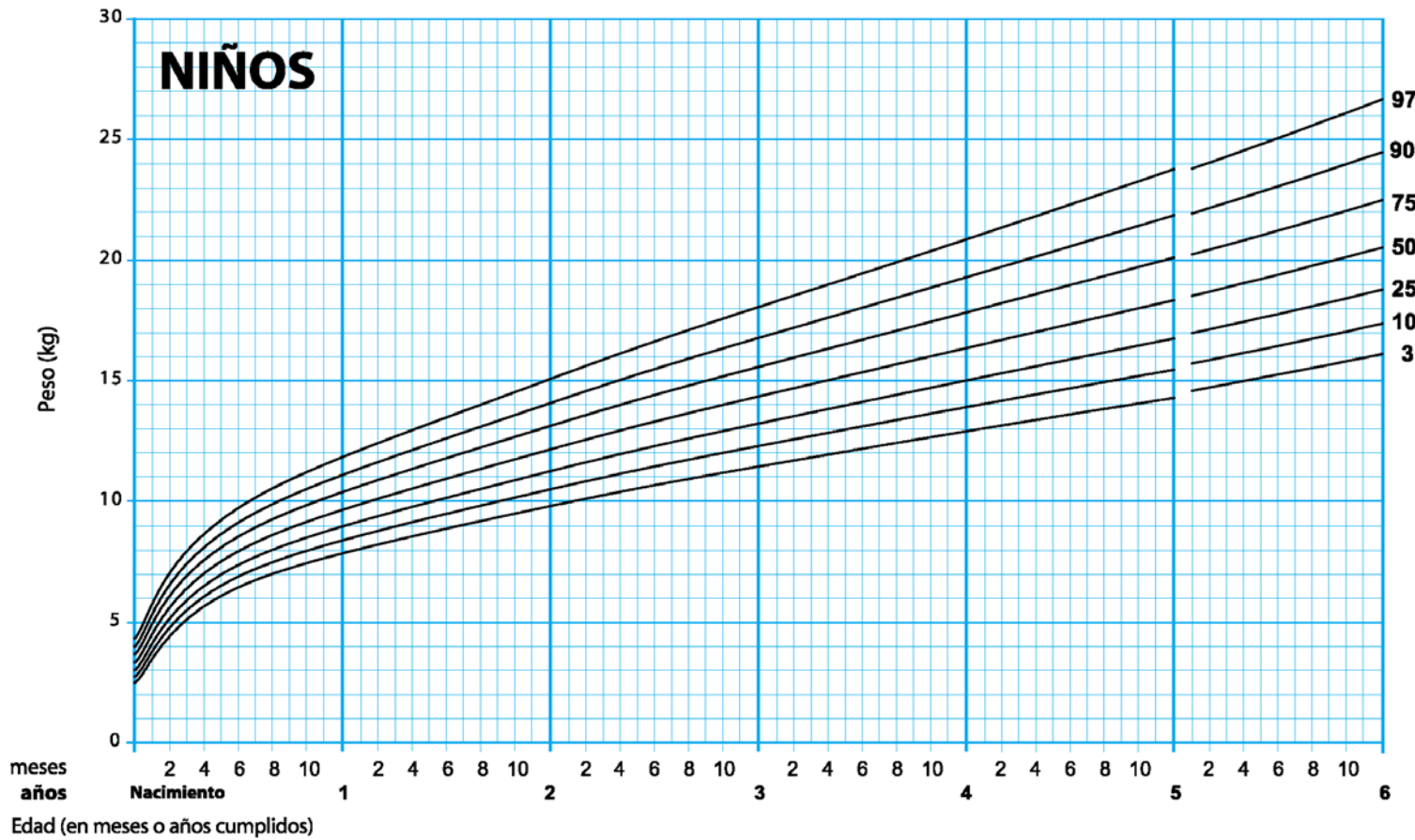


Gráfico elaborado a partir de datos 2006 del Estudio Multicéntrico de la OMS sobre patrón de crecimiento y de datos 2007 de la OMS y NCHS.

NIÑOS

LONGITUD CORPORAL/ESTATURA PARA LA EDAD

Nacimiento - 6 años

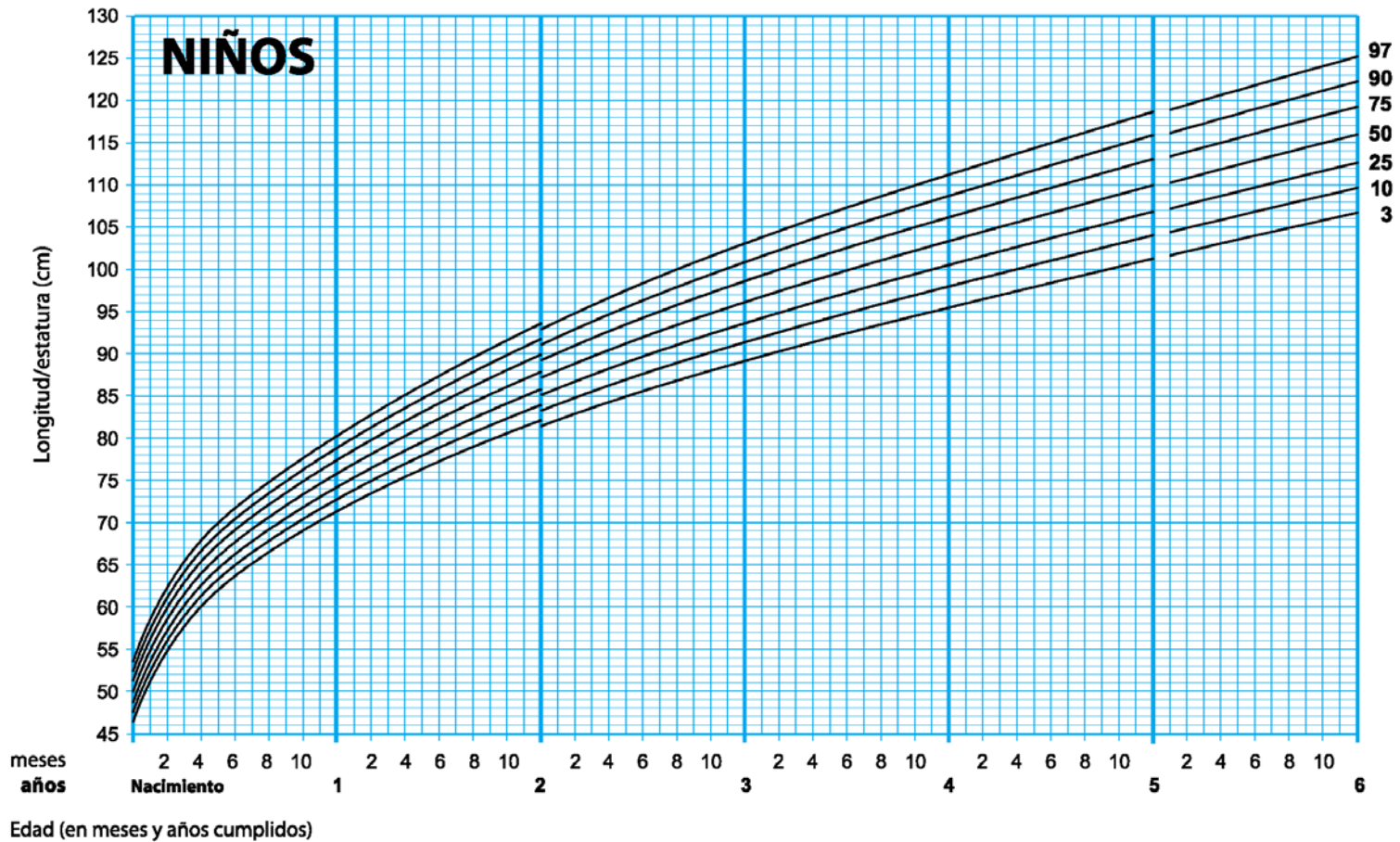


Gráfico elaborado a partir de datos 2006 del Estudio Multicéntrico de la OMS sobre patrón de crecimiento y de datos 2007 de la OMS y NCHS.

NIÑAS
PESO PARA LA EDAD
Nacimiento - 6 años

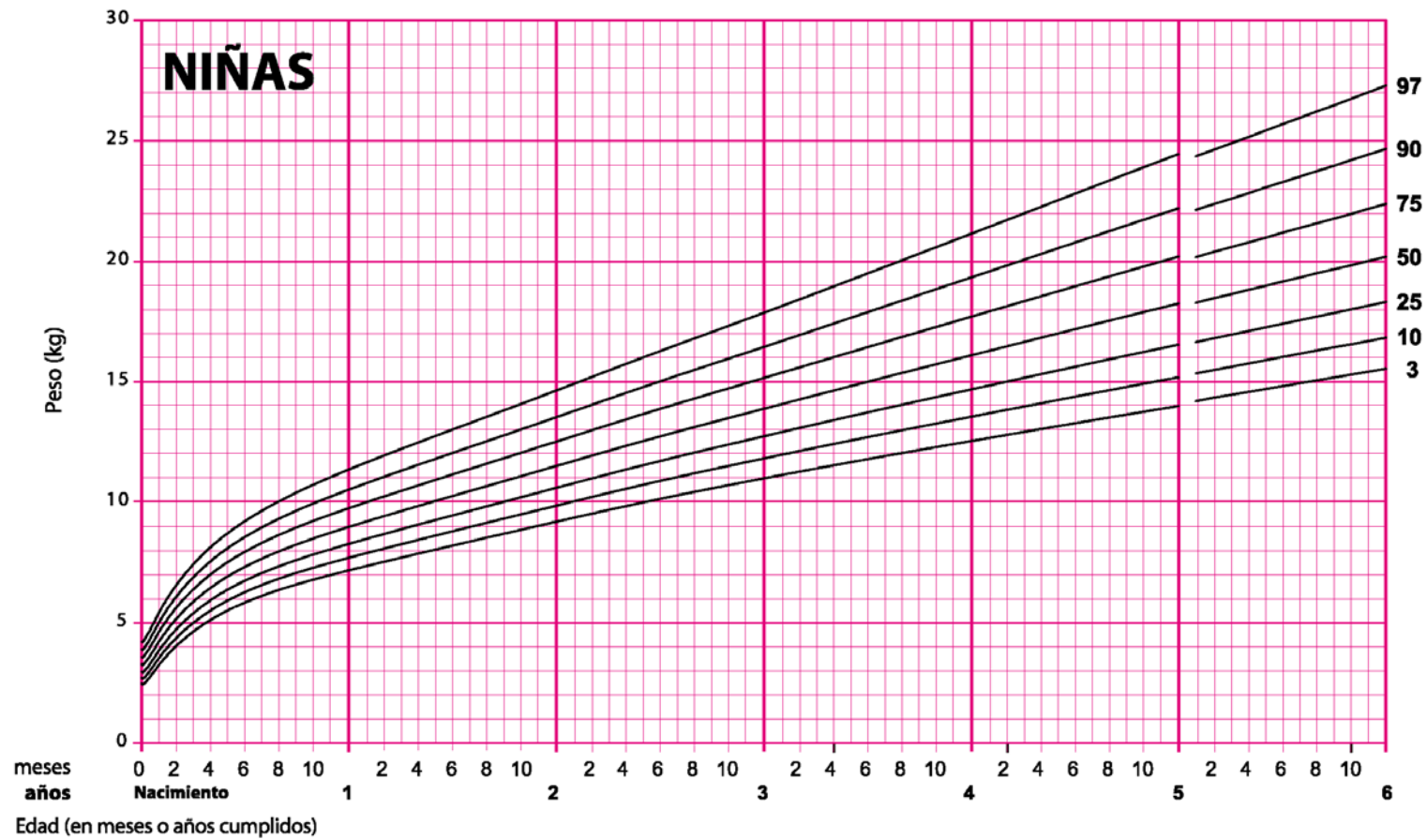


Gráfico elaborado a partir de datos 2006 del Estudio Multicéntrico de la OMS sobre patrón de crecimiento y de datos 2007 de la OMS y NCHS.

NIÑAS

LONGITUD CORPORAL/ESTATURA PARA LA EDAD

Nacimiento - 6 años

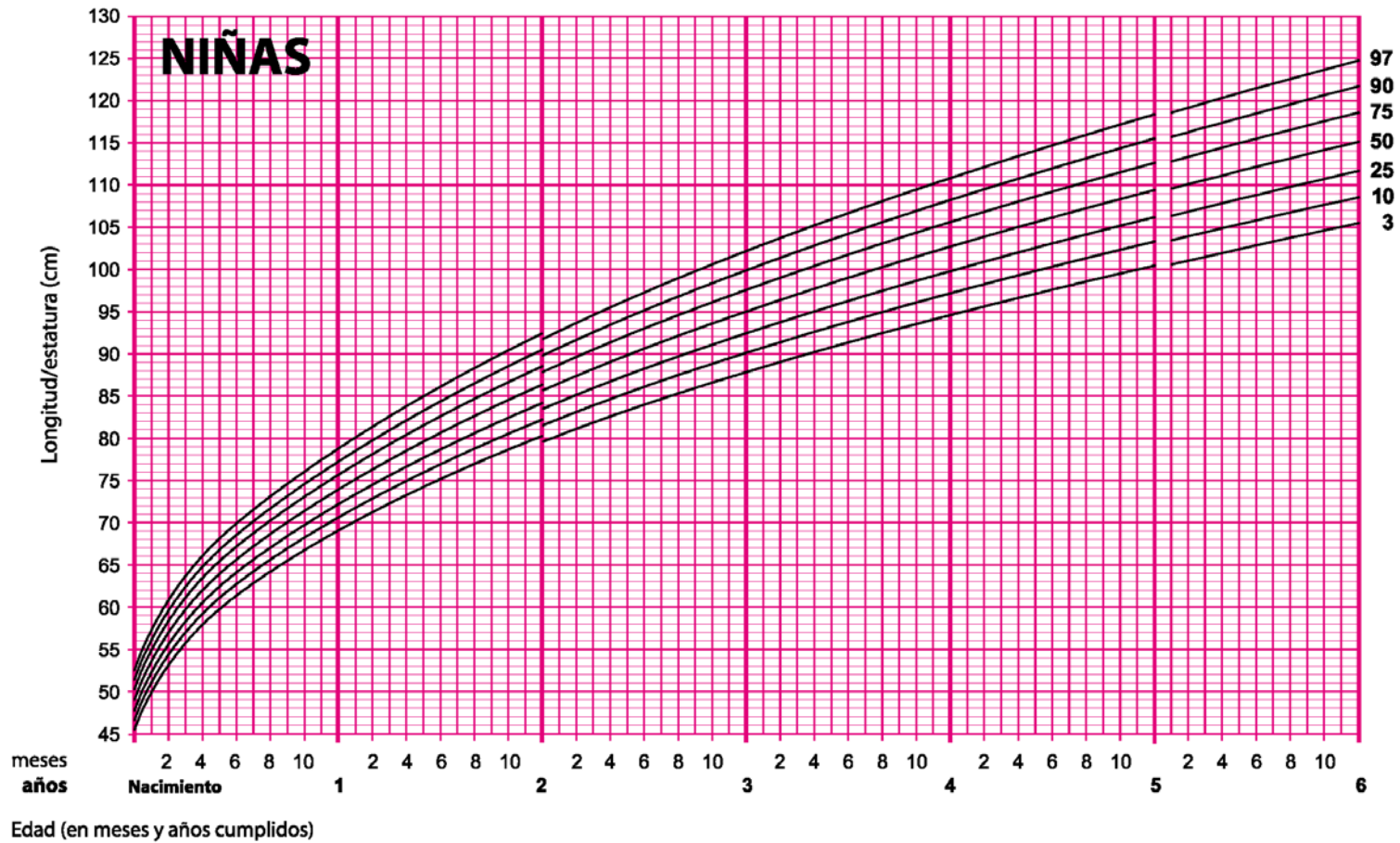
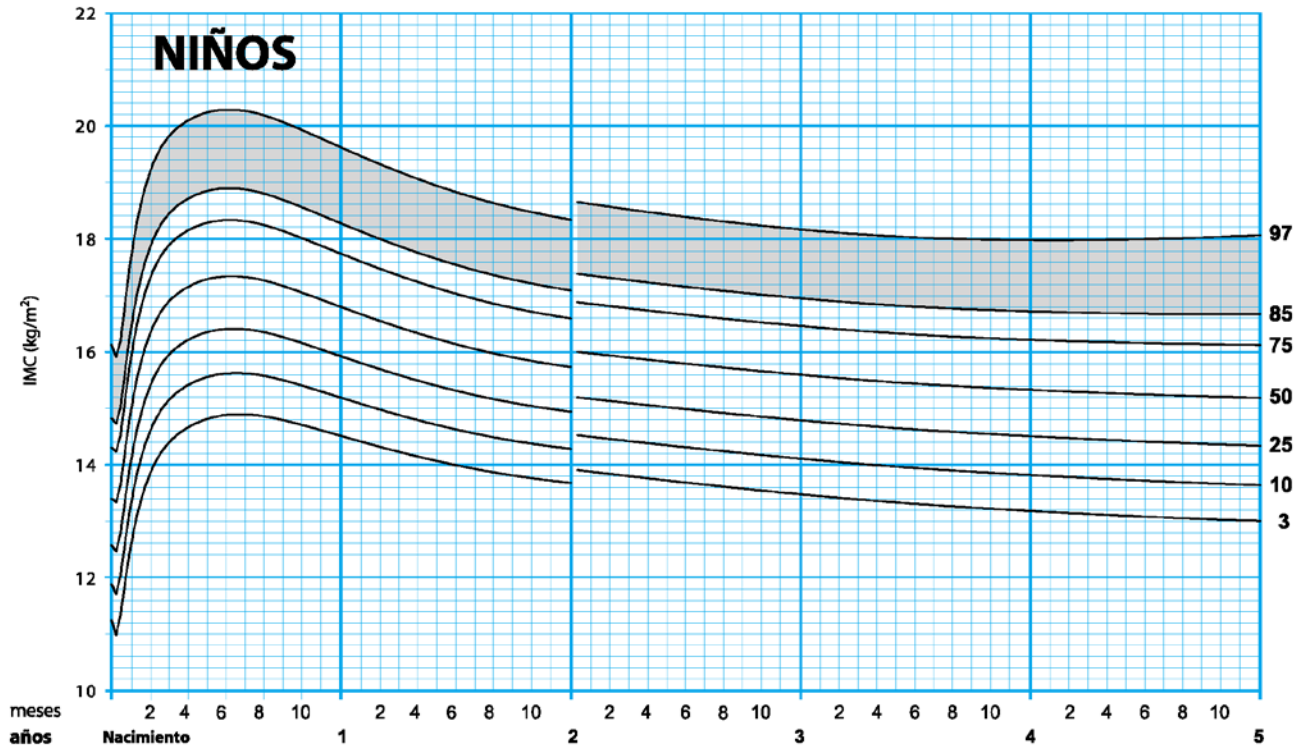


Gráfico elaborado a partir de datos 2006 del Estudio Multicéntrico de la OMS sobre patrón de crecimiento y de datos 2007 de la OMS y NCHS.

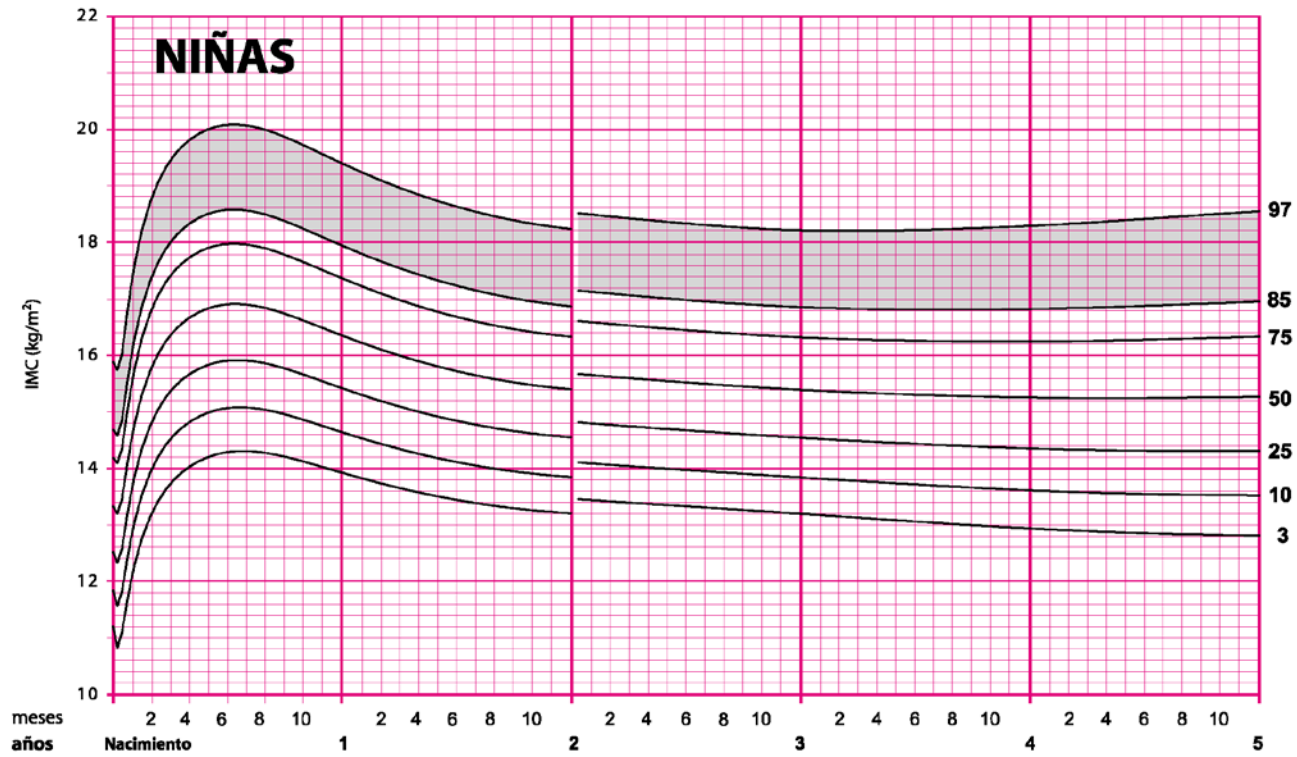
NIÑOS
IMC PARA LA EDAD
Nacimiento - 5 años



Edad (en meses y años cumplidos)

Gráfico elaborado a partir de datos 2006 del Estudio Multicéntrico de la OMS sobre patrón de crecimiento.

NIÑAS
IMC PARA LA EDAD
Nacimiento - 5 años



Edad (en meses y años cumplidos)

Gráfico elaborado a partir de datos 2006 del Estudio Multicéntrico de la OMS sobre patrón de crecimiento.

Prueba Nacional de Pesquisa-PRUNAPE

Las áreas que se evaluaron en ambos grupos de acuerdo a la edad del niño fueron:

■ **ÁREA PERSONAL SOCIAL:** 18 pautas

Esta área tuvo como finalidad evaluar el desarrollo integral del niño como persona individual y como integrante de una comunidad, en su relación con su propia persona y su autonomía.

1.- *Sonrisa social:* Se colocó al bebé en posición decúbito dorsal, sin tocar su cara ni abrazarlo, el observador debía sonreírle y hablarle suavemente, observando si el bebé sonríe. El objetivo era obtener una respuesta social

Aprobaba: Si el niño respondía con una sonrisa

2.- *Comunicación con el observador*

Con el niño en decúbito dorsal, con su rostro frente al del niño, el observador le hablaba y le sonreía; el niño debía arraigar su mirada en el rostro del observador

Aprobaba: Si el bebé miraba al observador y respondía con expresiones de placer o desagrado.

3.- *Actitud frente al espejo*

El observador colocaba el espejo frente al bebé en brazos de su madre o de su cuidador/a y observaba si miraba su propia imagen.

Aprobaba: Si al mirar su imagen, sonría, gorgojeaba, miraba serio.

4.- *Se resistía a que le quiten un juguete*

El observador entregaba un cubo o juguete que le llamara la atención. Cuando lo tenía en sus manos, el observador trataba de sacárselo suavemente.

Aprobaba: Si el niño se resistía o tironeaba, para que no se lo quiten.

5.- *Jugaba a las escondidas*

El observador conversaba con el niño ubicado al frente y lo invitaba a jugar a las escondidas, haciéndole preguntas: ¿Dónde está el bebé? ¿Dónde se escondió? cubriendo la cara del niño con la tela blanca opaca, observando la actitud del niño cuando se quitaba la tela de la cara.

Aprobaba: Si al quitarse la tela, miraba al observador

6.- *Buscaba objetos*

El observador sentaba al bebé en la camilla, o en el piso. Le entregaba 2 o 3 cubos u otros objetos que le llamaran la atención, dejándolo que juegue algunos segundos. Luego le pedía el objeto mientras se lo sacaba suavemente de sus manos y los depositaba sobre la camilla o en el piso, mientras el bebé observaba los movimientos del observador. Este cubría los objetos con la tela blanca opaca y observaba la actitud del bebé frente a los objetos.

Aprobaba: Si el niño levantaba la tela y miraba los objetos

No aprobaba si levantaba la tela y jugaba con ella

7.- Daba un objeto

Cuando el niño se encontraba jugando con un cubo u otro objeto, el observador le pedía que se lo entregara extendiéndole la mano. Podía realizar, este intento hasta 3 veces.

Aprobaba: Si el niño colocaba el objeto en la palma de la mano, aunque no lo soltara

8.- Juego simbólico

Durante la entrevista, el observador, observaba como juega el niño con muñecas, autos, u otros elementos y qué actividades realizaba. Si el observador veía que no jugaba, preguntaba qué tipo de juego prefería y hablar con los responsables acerca su la importancia para él.

Aprobaba: Si el niño tomaba un autito y lo hacía funcionar o una niña jugaba con una muñeca y la hacía dormir (representaba la acción)

9.- Comía solo

El observador debía indagar a los padres o responsables del niño si comía solo.

Aprobaba: Si comía solo, con cuchara, con la mano o tenedor, parte del alimento.

10.- Ayudaba en tareas del hogar

El observador preguntaba si el niño colaboraba en las tareas del hogar tales como guardar un juguete, traer un objeto o llevarlo a otro sitio cuando se lo pedían.

Aprobaba: Si los padres o responsables referían que el niño traía lo que le pedían.

11.- Acudía al llamado del observador

El observador debía hablarle para que el niño se acercara al llamado "quiero contarte un secreto"

Aprobaba: Si el niño se acercaba con actitud interesada.

12.- Imitaba tareas del hogar

El observador debía preguntar, qué hace el niño mientras ellos realizaban tareas del hogar tales como barrer, cocinar, lavar, hablar por teléfono etc.

Aprobaba: Si los padres o responsables describían que el niño realizaba tareas similares a ellos.

13.- Se quitaba la ropa o zapatos

Durante la evaluación el observador debía solicitarle al niño que se saque los zapatos, el saco o la ropa desabrochada. No se aceptaba si se sacaba el pañal.

Aprobaba: Si se sacaba los zapatos o alguna prenda

14.- Se ponía ropa o zapatos

El observador solicitaba al niño que se colocara los zapatos o la prenda que se había quitado aunque no se la abrochara o se atara los cordones de los zapatos.

Aprobaba: Si realizaba la actividad o si los informantes referían que las realizaba.

15.- Controlaba esfínteres diurnos

El observador debía fijarse si el niño usaba pañales, preguntar si los usaba ocasionalmente, siempre, o solo de noche. Si pedía para ir al baño o si mojaba la ropa durante el día.

Aprobaba: Si controlaba esfínteres durante el día, aunque mojara la ropa una o dos veces

.No aprobaba cuando se lo llevaba a orinar en determinados horarios sin que el niño lo hiciera espontáneamente. Tampoco **aprobaba** si usaba pañales en relación a la edad.

16.- Armaba rompecabezas

El observador tomaba las 2 piezas del rompecabezas con la figura de la niña y lo colocaba armado sobre una mesa, frente al niño. Luego los separaba unos centímetros, los levantaba y mezclados se los entregaba al niño, pidiéndole que lo armara.

Aprobaba: Si el niño lograba armarlo directamente o por ensayo-error en forma correcta.

17.- Apareaba colores

El observador colocaba los 8 cubos de 4 colores sobre la mesa al alcance del niño y le pedía que junte los que se parecían sin inducir ningún criterio.

Aprobaba: Si el niño lograba aparear por color, al menos un par.

18.- Junta dibujos semejantes

El observador colocaba los 7 cartones con dibujos de los perros sobre la mesa frente al niño. Le solicitaba que junte los que se parecían, pudiendo elegir la forma (por tamaño, manchas, etc)

Aprobaba: Si lograba juntar los perros blancos en un montón y los que tenían manchas en otro montón, o los grandes en un montón y los chicos en otro

• ÁREA MOTRICIDAD FINA-ADAPTATIVA: 19 pautas

En esta área se evaluaron los movimientos voluntarios que el niño realizaba con cierta precisión, que implicaban pequeños grupos de músculos y que requerían una mayor coordinación.

19.- Seguimiento visual hasta la línea media

El observador colocaba al bebé en decúbito dorsal, sosteniendo una pelota de tenis atada a un lazo a 20 cm, por encima de sus ojos y la movía de un lado a otro para atraer su atención, logrando que el niño fijara su mirada en la pelota.

Observaba si el bebé seguía con la mirada el desplazamiento de la pelota, hasta la línea media.

Aprobaba: Si el niño seguía los movimientos de la pelota con la vista, que podía estar acompañado de movimientos de la cabeza y que llegaba hasta la línea media.

20.- Manos semi-abiertas

El observador miraba las manos cuando el niño estaba despierto.

Aprobaba: Si la mayor parte del tiempo el niño mantenía las manos semi-abiertas.

21.- Miraba su mano

El observador debía fijarse durante la entrevista si el bebé miraba con atención por algunos momentos una de sus manos. Si no lo hacía preguntaba si esta actividad era realizada.

Aprobaba: Si se lo observaba cumpliendo con la actividad o si los informantes la confirmaban.

22.- Junta las manos

Con el bebé en decúbito dorsal, observaba si juntaba espontáneamente las manos en la línea media. Si no lo hacía, debía ofrecer un cubo y observar los movimientos de las manos.

Aprobaba: Si el bebé juntaba las manos en la línea media o jugueteaba con ellas cuando tenía un cubo en sus manos.

23.- Pasaba un cubo de mano mirándolo

Con el niño en decúbito dorsal el observador le entregaba un cubo. Debía observar si lo pasaba de una mano a la otra, mirándolo. Si no lo hacía, debía ofrecerle otro cubo y observar si para tomar el segundo cubo, pasaba el primero a la otra mano, y si miraba lo que estaba haciendo.

Aprobaba: Si el niño tomaba el cubo con los cuatro dedos (la base del pulgar y la palma) y lo pasaba de una mano a la otra y lo observaba.

24.- Prensión cúbito palmar

Sentaba al bebé en el suelo o en el regazo de su madre, o responsable de su cuidado, le colocaba a su alcance una pasa de uva sobre una superficie blanca que le permitiera verla con nitidez. Si el bebé no la miraba ni tomaba espontáneamente, podía el observador atraer la atención tocando o señalando la pasa de uva, mientras motivaba a realizar la acción, observando cómo tomaba la pasa con sus manos.

Aprobaba: Si el niño tomaba la pasa con una de sus manos haciendo un movimiento de rastrillo o efectuando un barrido cubital a mano llena, apoyada sobre la cara latero-cubital, con los dedos semi-flexionados, cerrándolos sobre la pasa de uva.

25.- Prensión pinza superior

Con el bebé sentado en el suelo o en el regazo de su madre o responsable de su cuidado, cerca de la mesa, para que el niño colocara sus manos sobre ella, el observador colocaba al alcance de su mano, una pasa de uva sobre la mesa y sobre una superficie blanca (podía ser una hoja de papel blanca) para que el niño la viera nítidamente y observaba cómo la tomaba, si el niño la miraba y tomaba la pasa. Si no lo hacía podía motivarlo para que realizara la acción.

Aprobaba: Si tomaba la pasa de uva con el pulgar e índice como pulpejos enfrentados.

26.- Introducía una pasa en la botella

Con el bebé sentado en el o en el regazo de su madre o cuidador/a, con las manos al alcance de la mesa, el observador entregaba al niño una pasa de uva, mientras le acercaba una botella de plástico transparente, con boca de 3 cm de diámetro, pidiéndole que introduzca la pasa de uva.

Aprobaba: Si realizaba la actividad.

27.- Vertía la pasa de uva de la botella

El observador podía aprovechar la oportunidad de tener la botella con la pasa de uva en su interior y observar si el niño buscaba volcarla espontáneamente, de lo contrario podía estimularlo para que lo hiciera, mostrándole como se hacía y dejar caer la pasa de uva. Este intento solo lo haría 2 veces consecutivas.

Aprobaba: Si espontáneamente o por imitación, realizaba la actividad.

28.- Garabateaba

Utilizando la misma posición anterior, el observador acercaba al niño un lápiz de mina blanda y un papel, sin darle indicaciones, solo podía colocar el lápiz en su mano.

Aprobaba: Si el niño lograba realizar sobre el papel al menos 2 rayas intencionalmente.

No aprobaba si lo hacía por casualidad o si clavaba el lápiz sobre el papel.

29.- Armaba torre de 4 cubos

El observador colocaba al niño frente a una mesa donde podía colocar sus manos y codos cómodamente sobre ella y colocaba frente al niño los cubos, alentándolo que los apile uno sobre otro, hasta lograr una torre lo mas alta posible. Podía alcanzarle los cubos, uno por vez para estimularlo y también podía realizar una demostración. Se aceptaban 3 intentos.

Aprobaba: Si el niño lograba apilar 4 cubos sin que se cayeran.

30.- Armaba torre de 8 cubos

Utilizando la misma mecánica que la actividad anterior, el niño debía hacer una torre de 8 cubos

Aprobaba: Si el niño lograba hacer una torre de 8 pisos sin que se cayeran.

31.- Corregía la torre

El observador debía fijarse si el niño mientras realizaba la torre de cubos, corregía la torre porque uno de ellos se encontraba fuera de la línea vertical, para evitar que se cayera.

Aprobaba: Si durante el acto de apilar los cubos y ante la posibilidad de que se cayeran, corregía la posición de los bloques con una o ambas manos.

32.- Imitaba un puente

Con el niño frente a una mesa, el observador le mostraba como se construía un puente. Colocaba un cubo de cualquier color al lado de otro, espaciados entre ambos, menor a un dedo, apoyando un tercero entre ambos en la parte superior. Luego entregaba al niño 3 cubos, alentándolo para que haga lo mismo, observándolo. Si el niño no había podido respetar el espacio de la base del puente, el observador le hacía la advertencia, y el niño debía corregirlo

Aprobaba: Si el niño hacía el puente correctamente semejante al del observador, respetando el espacio entre cubos de la base o corregía si no estaba correcto.

33.- Dibujaba personas en 3 partes

El observador colocaba al niño en posición cómoda al alcance de una mesa para que el niño pudiera dibujar. Le entregaba un lápiz y una hoja de papel blanco, pidiéndole que dibujara una persona (papá, mamá, nene, nena etc)

Aprobaba: Si el niño lograba dibujar 3 o más partes del cuerpo (cabeza, tronco, ojos, orejas, etc)

34.- Copiaba una cruz

Utilizando la técnica anterior, el observador, le entregaba lápiz y papel al niño y le pedía que copie una cruz igual a la que figuraba en el cartón frente a él. No debía nombrar la figura, ni mostrar cómo se hacían las líneas.

Aprobaba: Si las líneas se cruzaban en algún punto. **No aprobaba** si utilizaba 3 líneas.

35.- Doblaba un papel en diagonal

Con el niño frente a la mesa, el observador le mostraba un papel cuadrado de 10 x 10 cm, entregándole otro similar. Frente a él doblaba el papel en diagonal, de tal forma que quedara construido un triángulo, explicándole al niño lo que estaba realizando, alentándolo para que hiciera lo mismo. Si no podía hacerlo solo, podía el observador invitarlo para que lo realicen juntos.

Aprobaba: Si el niño lograba doblar el papel en diagonal aunque las puntas no quedaran exactas

36.- Dibujaba persona en 6 partes

Siguiendo la rutina el observador entregaba al niño lápiz y papel blanco y le pedía que dibujara una persona (papá, mamá, nene, nena etc)

Aprobaba: Si el niño, lograba dibujar 6 o más partes del cuerpo o una persona completa

37.- Copiaba un triángulo

De la misma forma que las anteriores, el observador entregaba lápiz y papel blanco y le pedía que copie el triángulo que figuraba en el cartón, sin darle indicaciones.

Aprobaba: Si el niño dibujaba un triángulo con 2 ángulos agudos, aunque algunos trazos sobrepasaran el ángulo y 2 lados debían ser oblicuos.

■ ÁREA DEL LENGUAJE: 19 pautas

Consistió en evaluar el lenguaje oral; que parte de la dimensión social desde el nacimiento, evolucionando sus diferentes capacidades comunicativas que le permiten interactuar a un nivel pre-verbal con el adulto.

38.- Reflejo cocleo palpebral

El observador debía colocar al bebé en decúbito lateral y golpear fuertemente sus palmas a una altura de 30 cm sobre la oreja contraria a la que se encontraba apoyada en un plano duro, (mesa) evitando que el niño observara los movimientos de las manos del observador y que recibiera en su cara el aire ocasionado por las palmas. Debía repetir la acción del otro lado sobre la otra oreja, pudiendo realizarlo en tres intentos de cada lado.

Aprobaba: Si al producir el ruido el niño pestañeaba. Podía no estar presente en los 2 o 3 primeros días de vida.

39.- Buscaba con la mirada a la madre y o cuidador/a

La madre y/o cuidador/a debía colocarse detrás del niño sin que él se diera cuenta, y cuando estuviera segura/o que no había sido vista/o, lo llamaba y el observador vigilaba si el niño giraba la cabeza buscando a su madre y/o cuidador/a y lo seguía con la mirada, cuando se alejaban

Aprobaba: Si el niño buscaba con la mirada a la madre y/o cuidador/a y la/o seguía hasta que desapareciera.

40.-Respondía al “no”

El observador debía colocar frente al niño un objeto que no le estuviera permitido llevar a la boca (lapicera, sello etc). Cuando el niño tomaba el objeto e intentaba llevarlo a la boca, le indicaba con voz firme el “NO”

Aprobaba: Si al escuchar el “NO”, detenía unos segundos la acción.

41.- Silabeaba da-da-da ta-ta-ta

Durante la entrevista el observador debía poner atención a los sonidos que emitía el niño. Si no lo escuchaba preguntaba si emitía el sonido da-da-da ta-ta-ta

Aprobaba: Si durante la entrevista el niño silabeaba o si los responsables lo confirmaban.

42.- Silabeaba pa-pa ma-ma, no específico

De la misma forma que la anterior observaba si el niño pronunciaba las sílabas pa-pa-pa o ma-ma-ma. Aunque no se refiriera a los padres. Si esto no sucedía, consultaba si durante el día los emitía.

Aprobaba: Si durante la entrevista el niño silabeaba o si los responsables lo confirmaban

43.- Usaba la palabra: papá-mamá específico

Durante la entrevista el observador prestaba atención si el niño decía “papá” al padre o “mamá” a la madre o en el caso de los huérfanos de la muerte materna a los responsables de cuidarlos (abuelo/a, tío/a etc) Si no podía oír estas palabras, preguntaba si las emitía durante el día.

Aprobaba: Si el niño usaba estas palabras o si los responsables aseguraban que las emitía.

No aprobaba si silabeaba pa-pa ma-ma

44.- Usaba: Palabra-frase

El observador debía tener en cuenta si el niño durante la entrevista pedía algo imperativamente con sentido de frase. Si no hablaba consultaba con los responsables como lograba el niño comunicarse con ellos, qué palabras utilizaba cuando deseaba algo.

Aprobaba: Si se lo escuchaba decir con tono de admiración “papá” cuando el padre llegaba lo que correspondería a “allí viene papá” o pronunciaba “agua” para expresar “quiero agua”.

45.- Nombra 2 figuras

El observador enseñaba el cartón con una figura de escena familiar y le pedía al niño que le diga: ¿Quién es? A medida que el observador le señalaba en forma sucesiva cada uno de los integrantes: mamá, papá, nene, nena, perro, etc, pudiendo realizar la acción hasta 3 intentos.

Aprobaba: Si el niño lograba nombrar al menos dos integrantes.

46.- Señalaba 2 figuras

El observador enseñaba el cartón con una figura de escena familiar y le pedía que le diga: ¿Quién es?, señalando en forma sucesiva cada uno de los integrantes: mamá, papá, nene, nena, perro, etc. Podía el observador ayudarse con la pregunta: Donde está mamá?.....y el perro....y papá? Y esperar a que lo señale. Podía realizar la acción hasta 3 intentos

Aprobaba: Si el niño lograba señalar al menos 2 figuras correctamente.

47.- Tarareaba en presencia de terceros

El observador prestaba atención si el niño tarareaba alguna canción mientras se realizaba la entrevista. Si no lo hacía preguntaba si durante el día se lo escuchaba tararear alguna canción.

Aprobaba: Si el observador oía tararear una canción al niño o si los responsables informaban que si lo hacía durante el día, en presencia de terceros.

48.- Usaba: Frase (sustantivo y verbo), conocido también como “combina frases”

El observador estaba atento durante la entrevista si el niño emitía 2 palabras juntas que indicaban una acción tales como “quiero agua” “quiero pan”. Si no lo oía preguntaba si el niño juntaba dos palabras formando una frase que indicaba acción.

Aprobaba: Si el observador oía dos palabras (sustantivo y verbo) que formaban una frase o si los responsables aseguraban que lo hacía

49.- Usaba: Frases completas

De igual forma el observador debía prestar atención si el niño durante la entrevista espontáneamente formaba frases con sustantivos, verbos, artículos, adjetivos y preposiciones, y si lo hacía con cierta claridad. Si no lo hacía preguntaba a los responsables, como el niño se hacía entender y que palabras utilizaba.

Aprobaba: Si el observador oía al niño decir frases completas, o si los responsables lo aseguraban.

50.- Decía su nombre completo

El observador debía preguntar al niño Cómo te llamas?Cuál es tu nombre? Si solo decía el nombre, el observador debía ayudarlo para que dijera el apellido también, y Qué mas? Como sigue tu nombre?

Aprobaba: Si el niño decía correctamente el nombre y el apellido. Se aceptaba que dijera el sobrenombre y apellido.

51.- Comprendía preposiciones (Analogías opuestas)

El observador decía al niño lentamente oraciones para que el niño las completara

Papá es un hombre, mamá es una....?

El caballo es grande, el ratón es.....?

La cocina calienta la comida, la heladera la.....?

Cada oración puede repetirse hasta 3 veces

Aprobaba: Si el niño lograba responder al menos 2 analogías.

52.- Analogías opuestas. Comprendía 3 preposiciones

Esta prueba es simultánea con la nº 53. El observador entregaba al niño 2 objetos diferentes (cubo y botella plástica; cubo y pelota etc) y le indicaba que realizara 2 acciones consecutivas utilizando preposiciones: sobre, bajo, delante, detrás, como por ejemplo: Pon la botella sobre la mesa y el cubo detrás de la puerta. Si se equivocaba y no corregía, no debía el observador hacérselo notar. Si no podía hacerlo se le pedía que realizara una acción por vez.

Aprobaba: Si el niño comprendía al menos 2 preposiciones al realizar la acción.

53.- Cumplía 2 indicaciones consecutivas

Esta prueba se realizaba simultáneamente con la nº 52

Aprobaba: Si el niño realizaba 2 acciones consecutivas correctamente, según la consigna

54.- Usaba 2 objetos

El observador invitaba al niño a jugar, mostrándole el cartón de la figura de la cocina, señalándole la heladera y la cocina, una por vez y le preguntaba Qué es esto? Para qué sirve?

El niño podía contestar con cualquier término adecuado al objeto que se le mostraba. Si no respondía el observador podía ayudarse haciendo otras preguntas.

Aprobaba: Si el niño podía diferenciar la función de la heladera y de la cocina.

55.- Reconocía 3 colores

Con el niño sentado a la mesa, el observador lo invitaba a jugar con los 4 cubos de colores, colocando los cubos en hilera horizontal, uno de cada color, pidiéndole que tomara y entregara el cubo del color solicitado por el observador, hasta que finalizara con los 4 cubos. Luego debía colocarlos nuevamente sobre la mesa.

Aprobaba: Si realizaba la acción correcta en 3 oportunidades

56.- Sabía porque es de día y de noche

El observador preguntaba al niño si era de día o de noche. Si el niño respondía correctamente le preguntaba porque?

Aprobaba: Si el niño respondía:

Es de día porque hay luz, sol, está claro etc

Es de noche porque está oscuro, hay estrellas, está la luna etc

■ ÁREA MOTRICIDAD GRUESA: 23 pautas

En esta área se evaluaron los movimientos drásticos e inestructurales, es decir, los que realizaba el niño con movimientos mediocres en sentido más primitivo del neuro-desarrollo que involucran grupos musculares más grandes que implican mayor aplicación de fuerza, mayor velocidad y distancia de movimiento

57.- Sostén cefálico

El observador debía sostener al bebé en posición sentado sobre un plano duro y observar de perfil si la cabeza se mantenía erguida por lo menos 5 segundos.

Aprobaba: Si la cabeza se mantenía en el eje del tronco 5 segundos, sin caída de la cabeza ni movimientos pendulares.

58.- Levantaba cabeza 45°

Con el bebé en decúbito ventral, con la cara contactada sobre un plano duro, el observador tomaba nota si el bebé levantaba la cabeza hasta aproximadamente 45°.

Aprobaba: Si el plano de la cara formaba un ángulo de 45° con el plano duro, o si el observador podía colocar sus dos manos, una sobre otra (como mínimo) entre el mentón y el plano duro.

59.- Posición en línea media

El observador colocaba al bebé en posición decúbito dorsal y observaba la actitud que adoptaba espontáneamente, si la cabeza, el tronco y los 4 miembros.

Aprobaba: Si la cara estaba alineada con el tronco y los 4 miembros en posición simétrica, generalmente flexionados los superiores sobre el tronco y los inferiores semi-flexionados con los pies, contactándose.

60.- Moro completo simétrico

El observador debía estar atento, si el bebé conservaba el reflejo de Moro completo, a la vez que observaba si los movimientos de los 4 miembros eran simétricos o si alguno de ellos no se movía o se mantenía pegado al cuerpo

Para el reflejo de Moro, el observador, sostenía al bebé sentado con el tronco flexionado hacia delante, la cabeza en la línea media y los miembros superiores en flexión sobre el tórax. Suavemente debía impulsarlo hacia atrás unos centímetros, de forma tal que la cabeza cayera hacia el plano duro sobre la otra mano que recibía la cabeza y la parte superior del tronco.

El reflejo de Moro está presente en forma completa, si los miembros superiores se extienden en abducción hacia arriba, con apertura de manos, volviendo a la flexión y aducción y a la vez, los miembros inferiores se extienden y vuelven a flexionar.

Aprobaba: Si el niño presentaba reflejo de Moro completo.

61.- Palanca

El observador colocaba al bebé en posición decúbito ventral y observaba si el bebé despegaba el tronco del plano duro con los miembros superiores extendidos apoyando las palmas de sus manos sobre el plano duro.

Aprobaba: Si el bebé se apoyaba sobre sus palmas, con los miembros superiores extendidos, tórax separado del plano duro.

62.- Pasaba de posición dorsal a lateral

El observador colocaba al bebé en decúbito dorsal, acercándole un objeto que le llamara la atención, sin entregárselo, debiendo desplazarlo sin que el bebé lo perdiera de vista, hacia uno de los lados de su cabeza y lo depositaba sobre el plano duro, al costado de su cara, observando si su rostro se lateralizaba y su tronco pasaba de decúbito dorsal a decúbito lateral. Podía el observador realizar la acción hasta 3 veces.

Aprobaba: Si lateralizaba la cabeza y rotaba el tronco de decúbito dorsal a lateral.

63.- Trípode

El observador colocaba al bebé en posición sentada y sus manos apoyadas sobre el plano duro o sobre sus miembros inferiores, intentando soltarlo suavemente, de manera que quedara sentado con apoyo por lo menos 5 segundos.

Aprobaba: Si por lo menos se mantenía sentado y apoyado en sus manos sobre sus muslos, piernas o plano duro durante 5 segundos

64.- Sentado sin sostén

El observador debía sostener al bebé en posición sentada y soltarlo lentamente, observando si se mantenía sentado sin apoyo por lo menos 5 segundos.

Aprobaba: Si el bebé se mantenía sentado sin apoyo al menos por 5 segundos.

65.- Sentado, alcanzaba un objeto

Con el bebé en posición sentada, el observador le mostraba un objeto que le llamara la atención y luego se lo depositaba a una distancia aproximada de 20 cm de la planta de los pies, prestando atención si el bebé se inclinaba para tomar el objeto sin que se cayera.

Aprobaba: Si el bebé se inclinaba y tomaba con una mano o con las dos el objeto sin caerse y volvía a su posición original

66.- Lograba pararse

El observador ubicaba al niño en el piso sentado, al lado de una silla u otro mueble que le permitiera sostenerse, colocando un objeto que le llamara la atención y lo alentaba a que lo tomara, prestando atención si el niño se incorporaba para tomar el objeto.

Aprobaba: Si el niño lograba ponerse de pié, tomando el objeto.

67.- Caminaba sujeto a muebles

El observador colocaba al niño de pié en el piso cerca de un mueble donde pudiera sostenerse con una o ambas manos, mostrándole un objeto que le llamara la atención, invitándolo a tomarlo. Cuando el niño intentaba tomarlo, el observador se alejaba lentamente de manera tal que el niño debía desplazarse unos pasos. Si no cumplía con la pauta, el observador podía consultar si en la casa lo hacía.

Aprobaba: Si caminaba un corto trecho, sujetándose con una mano o con ambas o si lo responsables referían que en la casa lo hacía.

No aprobaba si se sostenía de otra persona para desplazarse

68.- Caminaba de la mano

El observador ponía de pie al niño, y la madre o responsable lo tomaba de la mano para que camine, prestando atención cuantos pasos daba sin perder el equilibrio.

Aprobaba: Si el niño lograba caminar 5 pasos sin perder el equilibrio tomado de la mano.

69.- Caminaba solo

El observador colocaba al niño de pié, alentándolo a que camine, prestando atención como lo hacía y cuantos pasos daba sin perder el equilibrio y sin caerse.

Aprobaba: Si el niño lograba dar 5 pasos sin perder el equilibrio y si caerse.

70.- Se agachaba y levantaba sin sostén

El observador colocaba al niño en posición de pié en un lugar libre de muebles, mostraba un objeto que le llamara la atención y cuando se acercaba con intención de tomarlo, el observador debía depositarlo en el piso, prestando atención a cómo se agachaba, tomaba el objeto y se incorporaba.

Aprobaba: Si el niño ejecutaba la acción sin sostenerse ni apoyar las manos en el piso para tomar el objeto, sin perder el equilibrio

71.- Pateaba la pelota

El observador invitaba al niño a jugar a la pelota, depositando la pelota de tenis en el piso frente al niño y le pedía que la patee. Si no lo hacía, el observador podía mostrarle como se hacía.

Aprobaba: Si el niño pateaba la pelota sin sostenerse.

72.- Lanzaba la pelota al examinador

El observador invitaba al niño a jugar a lanzar la pelota, formando un recipiente con las manos, colocándola a la altura del abdomen del niño que debía estar parado frente al observador a una distancia entre 10 cm y 1 metro, invitándolo a que le tirara la pelota hacia sus manos, debiendo lograr introducirla en el recipiente formado por las manos. Podía realizar 3 intentos.

Aprobaba: Si el niño lograba que la pelota cayera en el recipiente formado por las manos

73.- Subía a una silla o sillón sin ayuda

El observador prestaba atención durante la entrevista si el niño subía a una silla o sillón sin ayuda. Si no lo hacía preguntaba a los responsables si lo hacía durante el día.

Aprobaba: Si realizaba la acción durante la entrevista o si los responsables aseguraban que el niño era capaz de hacerlo.

74.- Saltaba con ambos pies

El observador invitaba al niño a saltar con ambos pies, pudiendo hacer una demostración, prestando atención si el niño realizaba la acción sin sostenerse y sin correr.

Aprobaba: Si el niño lograba saltar con ambos pies al mismo tiempo dos o más veces, aunque se hubiera desplazado.

75.- Se paraba en un pie 5"

El observador debía pedirle al niño que saltara en un pie, sin apoyarse en ningún objeto. Si no lo hacía el observador podía hacerle una demostración.

Aprobaba: Si el niño lograba saltar en un pie 3 veces, sin apoyar el otro pie en el piso, aunque se moviera de lugar.

76.- Salto amplio

El observador colocaba una hoja de papel blanco de 20 cm de ancho en el piso e invitaba al niño a que saltara sin tocarla, estando parado frente a ella. Podía repetir la operación 3 veces.

Aprobaba: Si el niño lograba saltar la hoja sin tocarla.

77.- Saltaba en un pie

El observador pedía al niño a que saltara en un pie sin sostenerse. Si no lo hacía podía el observador hacer una demostración.

Aprobaba: Si el niño lograba saltar 3 veces sin sostenerse, aunque se moviera de lugar.

78.- Caminaba talón-punta

El observador realizaba una demostración de cómo caminar en línea recta de forma tal que el talón de uno de los pies tocara la punta del otro, poniendo atención si el niño realizaba la acción sin sostenerse o apoyarse en algún objeto. Podía realizarlo hasta 3 veces.

Aprobaba: Si el niño daba 5 pasos consecutivos hacia delante sin apoyo.

79.- Retrocedía talón-punta

De la misma forma el observador demostraba al niño como hacerlo caminando hacia atrás, en línea recta, prestando atención si el niño lograba realizar la acción sin apoyo. Podía realizar hasta 3 intentos.

Aprobaba: Si el niño daba 5 pasos consecutivos hacia atrás sin apoyo

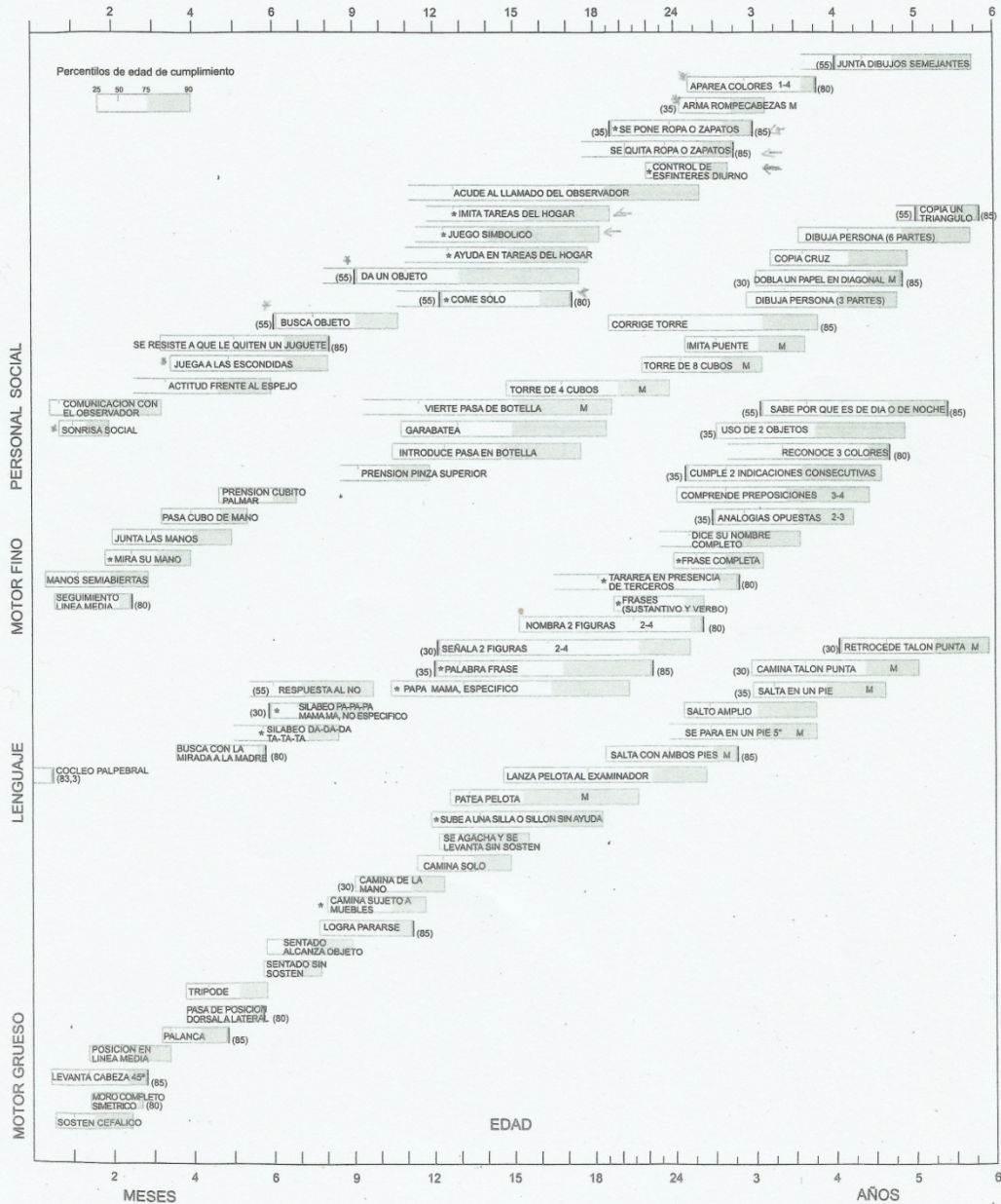
ANEXO

PRUEBA NACIONAL DE PESQUISA - PRUNAPE

Formulario de Aplicación

Examinadora/a:
 Nombre del niño/a:
 Nº de H. Clínica:
 Edad gestacional (semanas):

Fecha de Nacimiento: día mes año
 Fecha de la Pesquisa: / / años meses días
 Edad postnatal: / /
 Edad corregida: / /



©Lejarraga, H.; Kelmansky, D.; Pasucci, M.C.; Salamanco, G. 2004
 Fundación Hospital de Pediatría "Dr. Juan P. Garrahan"

Anverso del formulario

COMPORTAMIENTO DURANTE EL EXAMEN Fecha: / /			
Colaboró	Mucho Regular Poco	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Observaciones: ----- ----- -----
Atención	Buena Regular Pobre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	----- ----- -----

COMPORTAMIENTO DURANTE EL EXAMEN Fecha: / /			
Colaboró	Mucho Regular Poco	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Observaciones: ----- ----- -----
Atención	Buena Regular Pobre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	----- ----- -----

FECHA DE EVALUACIÓN	RESULTADO	OBSERVACIONES
1.		
2.		
3.		

Referencias:

- „ Señala las pruebas que pueden ser mostradas al niño por el observador al darle la consigna.
- * Señala las pruebas que pueden ser aprobadas por referencia de los padres.

CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN

El Estado Nacional garantiza **VACUNAS GRATUITAS**
en centros de salud y hospitales públicos de todo el país

Vacunas	BCG (1)	Hepatitis B HB (2)	Neumococo Conjugado (3)	Quíntuple Pentavalente DTP-HB-Hib (4)	Rotavirus (5)	Cuádruple o Quíntuple Pentavalente (6)	Polio (7)	Triple Viral SRP (8)	Gripe (9)	Hepatitis A HA (10)	Meningococo (11)	Varicela (12)	Triple Bacteriana Celular DTP (13)	Triple Bacteriana Acelular dTpa (14)	Doble Bacteriana dT (15)	Virus Papiloma Humano VPH (16)	Doble Viral SR (17)	Fiebre Amarilla FA (18)	Fiebre Hemorrágica Argentina FHA (19)
Edad	única dosis (A)	dosis neonatal (B)																	
Recién nacido																			
2 meses			1º dosis	1º dosis	1º dosis (D)		1º dosis												
3 meses											1º dosis								
4 meses			2º dosis	2º dosis	2º dosis (E)		2º dosis												
5 meses											2º dosis								
6 meses				3º dosis			3º dosis												
12 meses			refuerzo					1º dosis	dosis anual (G)	única dosis									
15 meses										3º dosis		única dosis							
15-18 meses							1º refuerzo	4º dosis											
18 meses																		1º dosis (H)	
24 meses																			
5-6 años (ingreso escolar)							refuerzo	2º dosis					2º refuerzo						
11 años		iniciar o completar esquema (C)						iniciar o completar esquema (F)					refuerzo	sólo para niños				refuerzo (I)	
A partir de los 15 años																			única dosis (J)
Adultos		iniciar o completar esquema (C)												refuerzo (K)				iniciar o completar esquema (F)	
Embarazadas								dosis anual (H)					refuerzo (L)						
Puerperio								dosis anual (I)										iniciar o completar esquema (F)	
Personal de salud		iniciar o completar esquema (C)						dosis anual					única dosis (J)					iniciar o completar esquema (F)	

(A) Antes de egresar de la maternidad.

(B) En los primeros 12 horas de vida.

(C) Si no hubiera recibido el esquema completo deberá completarlo. En caso de tener que iniciarlo: aplicar 1º dosis, 2º dosis al mes de la primera y 3º dosis a los 6 meses de la primera.

(D) La primera dosis debe administrarse antes de los 14 semanas y 6 días o tres meses y medio.

(E) La última dosis debe administrarse antes de los 24 semanas o los 6 meses de vida.

(F) Si no hubiera recibido dos dosis de Triple Viral a una de Triple Viral más una dosis de Doble Viral.

(G) Deberán recibir en la primovacunación 2 dosis de vacuna

separadas al menos por cuatro semanas.

(H) En cualquier trimestre de la gestación.

(I) Puerperas hasta el egreso de la maternidad, que no se vacunaron durante el embarazo.

(J) Personal de salud que atiende niños menores a 1 año.

(K) A los 10 años de la última vacunación antitetánica.

(L) A partir de la semana 20 de gestación.

(M) Residentes en zonas de riesgo.

(N) Residentes en zonas de riesgo. Única refuerzo a los 10 años de la 1ª dosis.

(O) Residentes o trabajadores con riesgo ocupacional en zonas de riesgo.

(1) BCG: Tuberculosis (formas invasivas)

(2) HB: Hepatitis B

(3) Previene la Meningitis, Neumonía y Sepsis por Neumococo.

(4) DTP-HB-Hib: (Quíntuple/Pentavalente) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa, Hep B, Haemophilus Influenzae b.

(5) ROTAVIRUS

(6) Cuádruple: DTP-Hib; Difteria, Tétanos, Tos Convulsa, Haemophilus Influenzae b. Quíntuple/Pentavalente: Difteria, Tétanos, Tos Convulsa, Hep B, Haemophilus Influenzae b. Aplicar la que este disponible.

(7) Vacuna contra la Poliomielitis.

(8) SRP: (Triple viral) Sarampión, Rubéola, Paperas.

(9) GRIPE

(10) HA: Hepatitis A

(11) Meningococo

(12) Varicela

(13) DTP: (Triple Bacteriana Acelular) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa.

(14) dTpa: (Triple Bacteriana Acelular) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa.

(15) dT (Doble Bacteriana) Difteria, Tétanos.

(16) VPH: Virus Papiloma Humano, causante del 100% de los casos de cáncer de cuello de útero.

(17) SR: (Doble Viral) Sarampión, Rubéola.

(18) FA: (Fiebre Amarilla)

(19) FHA: (Fiebre hemorrágica argentina)

Para más información:

0-800-222-1002 www.msaj.gov.ar



Clasificación de datos sociales según el INDEC (Censo 2010)

● **Estructura familiar:**

1.- Hogar familiar extendido: Hogar nuclear con el agregado de otros familiares. También se incluye en esta categoría a los hogares que aunque no tienen núcleo, están integrados por personas emparentadas entre sí.

2.- Hogar familiar nuclear: Jefe y cónyuge con o sin hijo/s o uno sólo de los cónyuges con hijo/s.

3.- Hogar multipersonal no familiar: Conformado por personas no emparentadas entre sí

4.- Hogar unipersonal: Jefe solamente (o jefe con empleado/s doméstico/s).

● **Datos Sociales**

Vivienda:

Tipos de vivienda

1.-Casa: vivienda con salida directa al exterior (sus moradores no pasan por patios, zaguanes o corredores de uso común). Vivienda de tipo corriente, bien construida, con buenos materiales.

2.-Casa tipo B: la que cumple por lo menos una de las siguientes condiciones: no tiene provisión de agua por cañería dentro de la vivienda; no dispone de retrete con descarga de agua; construidas con materiales pobres, pisos de portland o baldosas calcáreas. Aberturas de baja calidad. Habitaciones de pequeñas dimensiones

3.-Casas de tipo A. Rancho o casilla: el rancho (propio de áreas rurales) tiene generalmente paredes de adobe, piso de tierra y techo de chapa o paja. La casilla (propia de áreas urbanas) está habitualmente construida con materiales de baja calidad o desecho.

Acceso al agua potable

1.- Agua: potable

2- Agua: no potable

3.- Vivienda sin cañería de agua dentro de la vivienda: incluye tanto a las viviendas cuya provisión de agua es exterior a las mismas pero dentro del lote en que fueron construidas, como a las viviendas que obtienen el agua fuera del terreno en que fueron construida

4.- Vivienda con cañería de agua interna

5.- Accesos sanitarios: Externo/letrina (con/sin descarga)

6- Sin acceso sanitario

Número de personas convivientes (adultos y menores)

1.- Número total de convivientes (adultos y menores)

2.- Número de dormitorios

3.- Números de camas.

4.- Hogares con hacinamiento crítico

Hogares con más de tres personas por cuarto (sin considerar la cocina y el baño).

Capacidad Económica de la familia cuidadora.

- 1.- Nº de personas que aportan al ingreso familiar
- 2.- Ingresos aproximados en pesos
- 3.- Jubilación/Pensión
- 4.- Ingresos por programas sociales: especificar

Programas Sociales

Ayuda económica para alimentación. Reciben asistencia específica (bolsones con alimentos no perecederos) o tarjeta para retirar alimentos en comercios seleccionados.

Consignar si están recibiendo beneficios de alguno de estos programas:

- Plan Nacional Manos a la Obra
- Seguro de capacitación y empleo
- Asignación Universal por Hijo (AUH). 2009
- Asignación Universal por Embarazo para la Protección Social (AxE). 2011

Tipo de familia

1.-Familia indigente: Es la que no puede cubrir la Canasta Básica Alimentaria (CBA) se estima en base al modelo de canasta estimada por INDEC, que contiene 50 productos (alimentos y bebidas). Esta canasta se define como línea de indigencia.

2.- Familia pobre: Es la que no puede cubrir la Canasta Básica Total (CBT) se amplía la CBA con la inclusión de bienes y servicios no alimentarios (vestimenta, transporte, educación, salud, etc.). Esta canasta se define como línea de pobreza

3.- Familia NO Pobre: La que cubre la CBT

El INDEC, indica que la forma en la que se obtiene el índice de indigencia es calculando las calorías que necesita una persona según edad y sexo para estar saludable. Para ello se sondea el precio de los productos de consumo por sector social y el aporte calórico de cada uno de los alimentos.

Finalmente se hace un promedio de costo y se lo cruza con lo que debe consumir un ciudadano en cada edad. Por eso, el índice depende de la cantidad de personas que integran el grupo familiar, de la edad y del sexo

Para definir indigencia y pobreza se comparan los ingresos de las personas y de las familias con relación a los valores de dos canastas, la alimentaria (que se toma como referencia para la indigencia) y la básica total (para la pobreza).

En agosto de 2011, fecha de finalización de un grupo de entrevistas a familias cuidadoras de huérfanos; para el INDEC era pobre una familia tipo (matrimonio y dos hijos) con ingresos inferiores a los \$ 1.347,33. Y era indigente con ingresos por debajo de \$ 609,56 mensuales, a razón de \$ 20 por día para alimentar a 2 adultos y 2 chicos.

En el tercer mes de 2012, fecha de finalización de las entrevistas a familias cuidadoras de huérfanos para el INDEC; el ingreso necesario para que una familia con tres hijos de entre uno y cinco años estuviera sobre la línea de indigencia -Canasta Básica Alimentaria (CBA)- era de \$ 717,11

Para las familias de los entrevistados de no huérfanos se tomó el último dato conocido del INDEC que mostraba a finales de 2013, el ingreso necesario para cubrir las necesidades básicas de alimentación, vestimenta, transporte y servicios en una familia tipo (2 adultos, una mujer y un hombre, y 2 niños Canasta Básica Total (CBT), que mide la línea de pobreza, era, \$ 1.750,28;

La Canasta Básica Alimentaria (CBA), que mide la línea de indigencia, indica que una familia tipo (2 adultos, una mujer y un hombre, y 2 niños) para cubrir sus necesidades básicas de alimentación era para el INDEC de \$ 769,00

El nuevo índice del INDEC no incluye, a partir del 2014, el índice de pobreza e indigencia, solo se podrán conocer por estimaciones de organismos alternativos que miden la pobreza e indigencia.

Actividades científicas desarrolladas en el marco de la tesis:

Publicaciones:

“Situación socio-familiar y de salud de los huérfanos de muertes maternas en trance obstétrico. Hospital Regional Dr. Ramón Carrillo” Santiago del Estero, 2008
Published on Escuela de Salud Pública-Facultad de Ciencias Médicas
(<http://www.salud publica.fcm.unc.edu.ar>) (9)

“Situación socio-familiar y de salud de los huérfanos de muertes maternas en trance obstétrico. Hospital Regional Dr. Ramón Carrillo” Santiago del Estero, 2008
Revista de Salud Pública. N° 1. Vol. XIX. Pág 59-69 2015. Escuela de Salud Pública. FCM-UNC

Revista de Salud Pública: indizada en base de datos

LILACS (Brasil) <http://www.birme.br/>

CUIDEN (Granada-España) <http://www.doc6.es/index/>

PERIODICA (México) http://132.248.9.1:8991/F-/?func=find-b-0&local_base=PERO1

RENICS (Argentina) <http://www.renics.com.ar>

DOAJ (Suecia) <http://doaj.org/>

Autor: Prof. Dr. Marcelo A. Yorio

Validación de la escala de bienestar mental de Warwick - Edingurgo, en Chile [5]

Autores: Carabajal Daniela, Aboaja Anne, Alvarado Rubén

Desarrollo, medio ambiente y salud [6]

Autores: Tafani R, Chiesa G, Caminati R, Gaspio N

Los Incidentes de tránsito en la Ciudad de San Luis: un abordaje epidemiológico del período 2007- 2009 [7]

Autores: Panero Mariela A, Fernández Alicia Ruth

Prácticas de lactancia y alimentación complementaria en menores de 6 meses en argentina. Estimación a partir de una encuesta multipropósito [8]

Autores: Abeldaño R, López de Neira M, Burrone MS, González ML, Fernández AR.

Situación social - familiar y de salud de los huérfanos de muertes maternas en trance obstétrico. Hospital regional "Dr. Ramón Carrillo". Santiago del Estero 2008 [9]

Autores: Salomón Ana Carolina

Los cuidados en el hogar en la posta de salud domiciliaria: Caracterización de un modelo de atención desde el análisis de tres casos. Bahía Blanca. 2014. [10]

Autores: Godoy Ana Carolina, Rodríguez Vanesa, Majuf Paul, Moraes Virginia

Calidad de vida y dolor de cuello en estudiantes en ciencias de la salud [11]

Autores: Romero DE, Ruhl ARA, Moreno C, Milesi M, Enders JE

ISSN 1853-1180

Revista de
**Salud
Pública**

15



número 1 volumen XIX

Sumario

Summary

5	EDITORIAL	EDITORIAL	5
7	PALABRAS DEL DECANO	DEAN'S WORDS	7
	ARTÍCULOS CIENTÍFICOS	SCIENTIFIC ARTICLES	
13	Validación de la escala de bienestar mental de Warwick- Edinburgo, en Chile CARVAJAL D; ABOAJA A; ALVARADO R	Validation of Warwick-Edinburgh mental well-being scale in Chile CARVAJAL D; ABOAJA A; ALVARADO R	13
22	Desarrollo, medio ambiente y salud TAFANI R, CHIESA G, CAMINATI R, GASPIO N	Development, environment and health TAFANI R, CHIESA G, CAMINATI R, GASPIO N	22
38	Los incidentes de tránsito en la ciudad de San Luis: un abordaje epidemiológico del período 2007 - 2009 PANERO MA; FERNÁNDEZ AR	Motor incidents in the City of San Luis: epidemiologic approach, period 2007-2009 PANERO MA; FERNÁNDEZ AR	38
50	Prácticas de lactancia y alimentación complementaria en menores de 6 meses en Argentina. Estimaciones a partir de una encuesta multipropósito. ABELDAÑO RA, LÓPEZ DE NEIRA M, BURRONE MS, GONZÁLEZ ML, FERNÁNDEZ AR	Breast feeding and complementary feeding practices in under 6-month-old children in Argentina. Estimations based on multipurpose survey ABELDAÑO RA, LÓPEZ DE NEIRA M, BURRONE MS, GONZÁLEZ ML, FERNÁNDEZ AR	50
59	Situación social-familiar y de salud de los huérfanos de muertes maternas en trance obstétrico. Hospital regional "Dr. Ramon Carrillo". Santiago del Estero. 2008 SALOMÓN AC	Health, social and family situation of orphans due to maternal deaths in obstetric situations regional hospital "Dr. Ramon Carrillo", Santiago del Estero - 2008 SALOMÓN AC	59
70	Los cuidados en el hogar en la Posta de Salud Domiciliaria: caracterización de un modelo de atención desde el análisis de tres casos. Bahía Blanca, 2014. GODOY AC, RODRÍGUEZ V, MAJLUF P, MORAES V	Home care in the home health post: characterization of a care model from the analysis of three cases. Bahía Blanca, 2014 GODOY AC, RODRÍGUEZ V, MAJLUF P, MORAES V	70
80	Calidad de vida y dolor de cuello en estudiantes en Ciencias de la Salud ROMERO DE, RUHL ARA, MORENO C, MILESI M, ENDERS JE.	Life quality and neck pain in health sciences students ROMERO DE, RUHL ARA, MORENO C, MILESI M, ENDERS JE.	80
92	FORO ABIERTO DE OPINIÓN 20 de marzo: Día internacional de la felicidad, las relaciones saludables, el bienestar y la calidad de vida BERGOGLIO C; DIONISIO LD	OPEN DISCUSSION FORUM March 20: International day of happiness, the healthy relationships, welfare and quality of life BERGOGLIO C; DIONISIO LD	92
94	ACTUALIZACIÓN INSTITUCIONAL	INSTITUTIONAL UP-DATE	94
102	NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN DE TRABAJOS	MANUSCRIPT SUBMISSION GUIDELINES	105

SITUACION SOCIAL-FAMILIAR Y DE SALUD DE LOS HUERFANOS DE MUERTES MATERNAS EN TRANCE OBSTETRICO. HOSPITAL REGIONAL "DR. RAMON CARRILLO". SANTIAGO DEL ESTERO. 2008

Health, social and family situation of orphans due to maternal deaths in obstetric situations regional hospital "Dr. Ramon Carrillo", Santiago del Estero - 2008

Situação-familiar social e de saúde dos órfãos de mortes maternas em estágio obstétrico. Hospital regional "Dr. Ramon Carrillo". Santiago del Estero. 2008

Salomón, Ana Carolina¹

¹ Médica. Especialista en Pediatra y en Toxicología Clínica. Hospital Municipal "Príncipe de Asturias"- Capital- Córdoba

Resumen

Investigación cuanti-cualitativa. Se evaluó estado de salud (crecimiento y desarrollo) con normas de OMS/SAP; Prueba Nacional de Pesquisa y situación social-familiar; de huérfanos menores de 5 años, de madres fallecidas en trance obstétrico 2008, mediante visitas domiciliarias, entrevistas semi-estructuradas.

Se identificaron 16 muertes maternas, 12 con hijos previos, que dejaron 51 huérfanos, 7 menores de 5 años. En crecimiento: 57% eutróficos; 29% desnutridos crónicos, 14% sobrepeso. En desarrollo: Área personal-social (100%); motricidad fina y gruesa (86%), lenguaje (42%) acordes a edad

La situación social-familiar frágil; 87% pobres, 13% indigentes; 100% sin cobertura de salud, con servicios básicos carecientes, insuficientes o inadecuados. Resolvían problemas de salud con remedios caseros y/o curanderos. Escasa protección social.

Conclusión: Estado de salud de los huérfanos, satisfactorio. En desarrollo algunos con retrasos en motricidad y lenguaje.

Trabajo recibido: 1 de abril 2014. Aceptado: 17 de diciembre 2014

En las familias cuidadoras aumentó la precariedad y vulnerabilidad. Mostraron fuertes lazos de protección y amparo, hacia los huérfanos

Palabras clave: Mortalidad materna – huérfanos – vulnerabilidad - familias cuidadoras

Abstract

Quantitative and qualitative research. Health condition (growth and development) was evaluated using WHO/SAP standards, PESQUISA NACIONAL TEST*; and the social family situation of motherless children under 5, from mothers who died in obstetric situations in 2008 was assessed through home visits and semi-structured surveys. In growth: 57% eutrophic; 29% chronic undernourished; 14% over-weight. In development: Personal-social area (100%); fine and gross motor skills (86%), language (42%) according to age. Fragile social family situation; 87% poor; 13% indigents, 100% with no medical coverage and absence, shortage or inadequacy of basic services. They solved health problems with homemade medicine or healers. Poor social protection.

Conclusion: Health condition of motherless children, satisfactory. In development some presented delays in language and motor skills. Precariousness and vulnerability have increased in carer families. They showed strong bonds of protection towards these motherless children.

Key words: Maternal mortality - motherless children – vulnerability – carer families

Resumo

Pesquisa quantitativa e qualitativa. O estado de saúde foi avaliado (crescimento e desenvolvimento) com as normas da OMS / SAP, TESTE NACIONAL DE PESQUISA e situação social familiar, de órfãos menores de 5 anos, as mães falecidas em transe obstétrico 2008, através de visitas domiciliares, entrevistas semi-estruturadas. Foram identificadas 16 mortes maternas, 12 com crianças prévias, tendo deixado 51 órfãos, 7 menores de 5 anos. Em crescimento: 57% eutróficos; 29% cronicamente subnutridas, 14% com sobrepeso. Em desenvolvimento: Área pessoal-social (100%); motricidade fina e grossas (86%), linguagem (42%) compatível com a idade. A situação sociofamiliar frágil; 87% pobres, 13% indigentes; 100% sem seguro de saúde, com serviços básicos carecentes, insuficientes ou inadequados. Os problemas de saúde eram resolvidos com remédios caseiros e / ou curandeiros. Proteção social fraca.

Conclusão: O estado de saúde de órfãos, satisfatório. Em desenvolvimento alguns com atrasos na motricidade e linguagem. Nas famílias cuidadoras aumentou a precarização e vulnerabilidade. Eles mostraram fortes elos de proteção e apoio aos órfãos

Palavras-chave: Mortalidade materna - órfãos - vulnerabilidade – famílias cuidadoras

Introducción

"Las sonrisas de los niños se evaporaron para convertirse en una expresión indefinida entre la sorpresa ante la muerte de su madre y el miedo a la soledad y el abandono"

El compromiso sobre la Iniciativa Mundial sobre Maternidad Segura (1987) fue reafirmado en el 2000 por los gobiernos de los estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). En él, se propusieron alcanzar para el año 2015, un conjunto de Metas que conforman los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). (1) (2) (3)

Dos de ellos, buscan reducir la Mortalidad Materna (MM) y Mortalidad Infantil (MI). (4)

Hasta ahora, las cifras son poco alentadoras, preocupando al Mundo, América Latina, Argentina y a Santiago del Estero.

si
re
a
e
y
d
y
d
d
p
n
e
c
p
n
9
d
9
n
F
v
(
d
e
r
c
4
s
e
t
s
r
c
c
s
l
e
c
c
s
i

Después de largas luchas, pareciera ser que todo sigue igual, ya que al 2013 las tasas siguen altas, siendo los países en vías de desarrollo los que más sufren los casos de muertes reducibles, tanto maternas como infantiles. Ellas se reflejan en las inequidades en el acceso a los servicios de salud, vivienda, educación, saneamiento, etc y marcan las diferencias entre países en desarrollo y desarrollados, entre ricos y pobres, entre poblaciones rurales y urbanas y entre niños y niñas. (5) (6)

Muchas mujeres mueren por complicaciones durante el embarazo y el parto o después de ellos. Las hemorragias graves, las infecciones, la hipertensión gestacional (preclampsia y eclampsia) y los abortos inseguros, son los principales obstáculos a superar y causantes del 80% de las muertes maternas. (7)

De igual manera en el mundo (8) (9) mueren diariamente miles de niños/as menores de 5 años. Muchos mueren (10) (11) por enfermedades propias de la infancia, (12) que podrían evitarse con control de crecimiento y desarrollo adecuados y por infecciones respiratorias (13) o diarreicas, cuando las condiciones de vida, las deficiencias nutricionales, el hacinamiento, las elevadas temperaturas estivales, la carencia de agua potable, los condicionan a la exposición ambiental a patógenos entéricos, creando un círculo vicioso propicio para las infecciones intestinales. Otros

Para el 2008 la Mortalidad Materna mundial alcanzaba a 358 mil muertes (14) y 8.795 millones de niños menores de 5 años (15). En América Latina las estimaciones variaban entre 9.075 y 5.670 muertes, según la metodología utilizada (16) y de 304.000 niños menores de 5 años (17) En Argentina, murieron 296 mujeres durante el proceso reproductivo y 9.341 niños menores de 5 años y en Santiago del Estero; 16 muertes maternas y 324 niños menores de 5 años (18); cifras que no se han reducido como se esperaba.

La experiencia indica que tanto la MM como la MI, pueden reducirse con compromiso político, gobernabilidad democrática, tecnología apropiada y de bajo costo. (19)

Santiago del Estero es una provincia con altos índices de pobreza, marginalidad, vulnerabilidad y ruralidad. Algunos departamentos tienen escasa densidad de población (2.0. 2.5 hab/Km²), existiendo grandes distancias entre poblaciones y donde 82 familias de cada 100 son pobres. (20) Estos indicadores dificultan el acceso a los servicios de salud, educación, saneamiento, transporte, alimentación, etc

En promedio, el 16,6% de la población argentina, vive en viviendas deficitarias; en ranchos, casillas o viviendas con piso de tierra, sin agua dentro de ella, ni inodoro con descarga de agua. Formosa, Santiago del Estero, Chaco y Jujuy tienen los peores índices con 46,9, 46,7, 42 y 28% respectivamente de su población, que vive en esas condiciones (21)

Las mujeres rurales santiagueñas pobres, viven en permanente tensión, entre asegurar su subsistencia y ser madres, cumpliendo tanto el rol productivo como reproductivo; encontrándose, subordinadas a la maternidad y a los hombres (22). No existe para ellas la toma de decisiones en relación a la sexualidad, a la maternidad; tampoco el acceso a los servicios de salud de calidad. Las grandes distancias, caminos intransitables; carencias de medios de transporte; problemas económicos y culturales que significan el traslado a un centro urbano, representando la pérdida de tiempo para la generación de ingresos, hace que muchas veces limiten su uso y recurren al curandero y/o a la partera empírica para solucionar sus problemas de salud. (23)

Estas mujeres, tienen sus embarazos a temprana edad y su segundo hijo antes de los 24 meses siguientes, dando como resultado intervalos cortos entre nacimientos. Los embarazos adolescentes son un hecho frecuente, y de alguna manera, es la forma de salir del control paterno. (24)

De esta manera para las mujeres embarazadas, concurrir a la consulta médica o al control prenatal es casi una ilusión, y cuando acceden a un centro de salud u hospital, suelen hacerlo en estado crítico y de difícil recuperación, constituyéndose en una barrera infranqueable para salvar su vida (25)

Las NBI en Santiago del Estero al 2010 rondaban el 28%, Los niveles de pobreza e indigencia superaban la media regional, con 15,9% y 2,5% respectivamente. (26)

El informe publicado por OPS (27) sobre la base de datos del Censo 2010 revelaba que el 64% de la población de Santiago del Estero se encontraba sin ningún tipo de cobertura médica, mostrando que la oferta pública de servicios de salud reproduce los desequilibrios provinciales y no logra compensar los problemas distributivos.

Los menores de 5 años de las zonas rurales santiagueñas y en situación de pobreza y/o indigencia no asisten a centros educativos. La brecha de desigualdad social en este proceso de inclusión es un rasgo característico de estas zonas. Para muchos niños/as santiagueños, pasa el tiempo y pierden oportunidades.

Para cualquier familia, la muerte materna en trance obstétrico, representa una circunstancia resultante de la convergencia de numerosos y diferentes determinantes sociales; (28) económicos, educativos, de salud, culturales y políticos, lo que significa que el riesgo de morir durante su vida reproductiva por falta de insumos, medicamentos, impericia médica ante la emergencia, (29) propician un escenario desfavorable que culmina con la muerte (30), dejando cientos de niños huérfanos.

En Santiago del Estero, lo común, es una familia nuclear se convierta en ampliada, y se ocupe de la mayoría de los huérfanos, sobre todo en el área rural. Ella sigue siendo un sistema de protección social complejo y robusto, que reacciona rápidamente ante la muerte de una madre en trance obstétrico, aunque se hundan más en la pobreza.

La realidad social en la que está inserto el niño huérfano santiagueño, muestra al interior de las familias la responsabilidad y solidaridad, convirtiéndose los abuelos en la figura principal, manteniendo vínculos afectivos sólidos.

No existe a nivel país, ni a nivel provincial, un registro oficial del número de huérfanos de la MM en general y en particular de menores de 5 años. Ello permitiría la creación de programas que avalen la protección de las familias cuidadoras de huérfanos, menores de 5 años de la MM, con el fin de evitar la ruptura familiar.

Si bien la Asignación Universal por Hijo (AUH), actúa sobre la reducción de la pobreza, y Santiago del Estero al 2012 tenía una cobertura sobre la población objetivo del 49,8%; (31); esto no alcanza, ya que para los pobres, es solo un paliativo, aún con otros programas adicionales, que para ellos son escasos; manteniendo la pobreza y vulnerabilidad que siempre estuvieron y están presentes, por lo que una gran proporción de mujeres y niños rurales están excluidos de la Protección Social que les permitiría mejorar la calidad de vida.

La situación social y de salud de los hijos huérfanos menores de 5 años que dejaron las mujeres santiagueñas fallecidas en 2008, descubren una realidad más dura que las cifras, por lo que cabe preguntarse ¿Continúan en la misma situación de riesgo que sus madres? Están en la misma pobreza; en la misma situación de vulnerabilidad y falta de protección social y de salud que sufrieron sus madres, que sufren sus familias cuidadoras, con los mismos caminos intransitables que demoraron a sus madres para llegar al servicio de salud, y lo que es peor con mayor invisibilidad que sus madres, ya que ellas no están para protegerlos?

Casi siempre la muerte materna fragmenta la familia (32) y sus consecuencias son todavía más dolorosas, tanto físicas, psicológicas y espirituales si hay hijos o hijas pequeños que quedan huérfanos (33), por lo que son muchas veces, las abuelas que crían a los nietos, (34) viviendo en hogares multi-generacionales y que muestran preocupaciones sobre el bienestar de la familia y los nietos/as, (35) aunque no siempre reciben el apoyo familiar y/o estatal ya que tienen escaso acceso a programas sociales (36) Esta es la realidad social en la que está inserto el niño huérfano santiagueño.

Un paso decisivo para alcanzar la equidad en salud, reducir la pobreza, el hambre y la exclusión social, es establecer políticas de protección social (37) integrales y universales (38) (39) que se refuercen las existentes; aumenten su cobertura y se incluyan a los más vulnerables, especialmente los niños/as huérfanos menores a 5 años, por tal razón, la

ir
P
e
c
(
i
y
E
s
e
I
I
(
:(

implementación de la Asignación Universal por Hijo (AUH), (40) como programa de protección social, tiene un alto impacto en la reducción de la pobreza, pero se debería evaluar la posibilidad de incluir a los niños/as y familias más vulnerables, como las familias cuidadoras de huérfanos, que aún no perciben beneficios (41) para que resulte más efectivo (42), contemplando el interés superior del niño/a.

La Convención de los Derechos del Niño (CDN), que orienta las labores de UNICEF, insta a los Estados a proporcionar asistencia y protección especial a los niños huérfanos (43) y estipula que todos ellos tienen derecho a crecer en el seno familiar (44) y a ser criados por ellas y recibir ayuda económica, para que no sientan que su crianza es una carga (45)

Es posible acelerar el descenso de ambas muertes; si se implementan acciones integrales sostenidas, se eliminan las barreras económicas, sociales, culturales y ambientales para acceder a los servicios básicos, sin perder de vista los ODM.

El "Mañana" es una promesa que se hace continuamente, pero parece no llegar nunca. La meta final 2015 propuesta por Argentina cuyo indicador de MM (13 x 100.000 NV) y MI en menores de 5 años (9,5 x 1000 NV), todavía está lejos de ser alcanzada.

Objetivo:

Describir la situación social y de salud de los huérfanos menores de 5 años que se mantenían en el núcleo familiar, de muertes maternas ocurridas en el Hospital Regional "Dr Ramón Carrillo" de la capital de Santiago del Estero durante el año 2008.

Material y métodos

La metodología utilizada se corresponde con un diseño de tipo exploratorio-descriptivo, retrospectivo y transversal, con enfoque cuanti-cualitativo.

Desde el abordaje cuantitativo, se procedió a realizar un análisis estadístico descriptivo relacionado con las muertes maternas 2008 en trance obstétrico; de la situación social y estado de salud de los huérfanos menores de 5 años que se mantenían en el núcleo familiar y de aspectos socio-demográficos de las familias cuidadoras de huérfanos.

El abordaje cualitativo se realizó, analizando las respuestas obtenidas, con el fin de interpretar los mensajes que permitieran la inferencia de conocimientos relativos a las implicancias que tenía tener huérfanos menores de 5 años en las familias cuidadoras, a través de dos técnicas de investigación: Observación en terreno, visitas domiciliarias y entrevistas semi-estructuradas, a los/as cuidadores/as de los huérfanos objeto del estudio.

Se trabajó con dos universos de estudio: Los huérfanos sobrevivientes menores de 5 años que se mantenían en el núcleo familiar y sus cuidadores.

Para evaluar el crecimiento de cada uno de los niños huérfanos menores de 5 años, se elaboraron percentilos, para determinar la curva de crecimiento según las normas de OMS/SAP (46) (47) y para evaluar el desarrollo; que abarca tanto la maduración en los aspectos físicos, cognitivos, lingüísticos, socio-afectivos y temperamentales; se aplicó el formulario de Prueba Nacional de Pesquisa-PRUNAPE. (Fundación Hospital Garrahan) (48)

Todas las familias cuidadoras recibieron un código coincidente con la entrevista semiestructurada; la observación en terreno y la evaluación del estado de salud de los huérfanos menores de 5 años.

La participación de los sujetos entrevistados en el estudio se realizó previa información y su consentimiento verbal y escrito. Esta información, es confidencial y está resguardada por la Ley N° 17 622/68 de Secreto Estadístico y las específicas del caso.

Población:

Para el estudio se tomaron las 16 familias de las 16 muertes maternas ocurridas en el hospital de referencia, que es centro derivador de la provincia y atiende anualmente, alrededor de 7000 mujeres en proceso reproductivo (49) y los 7 niños nacidos vivos en el 2008, que

al momento de la entrevista eran menores de 5 años y se mantenían en el núcleo familiar

Resultados:

De las 16 muertes maternas, 4 de ellas, (25%) no tenían hijos y eran menores de 18 años; las 12 restantes con hijos previos, dejaron 51 huérfanos, de los cuales 7 pertenecían a las muertes maternas de 2008. El 19% dejaron entre 3 y 5 huérfanos por familia y el 6% entre 6 y 8 hijos huérfanos.

La edad media de las fallecidas era de 24 años; estaban en pareja el 69% y el 75% eran amas de casa. En relación a la escolaridad; el 88% no había alcanzado a completar el nivel primario. El 75% residía en el interior y el mayor porcentaje (25%) procedían del departamento General Taboada; el 13% de Salavina y en menor escala de los departamentos: Choya, Juan Felipe Ibarra, Moreno, San Martín con un 6% respectivamente.

Del 100% de las fallecidas; el 44% falleció por aborto séptico, el 32% por hemorragia post-parto, siendo dos de ellas portadoras de HIV (+); el resto: ruptura hepática, desprendimiento normo-placentario; agotamiento materno por expulsivo prolongado, neumonías, y sepsis generalizada. El 50% terminó en cesárea.

Las fronteras del abandono y la adolescencia clausurada

Las 4 muertes maternas menores de edad, tenían entre 14 y 17 años, sin hijos previos. La causa de muerte en 3 de ellas fue aborto séptico provocado (2 en capital y 1 en el interior) La cuarta de 16 años, del interior, portaba un embarazo de 8 meses, con feto muerto y falleció por sepsis. Cada una de ellas tenía una historia diferente pero coincidían en puntos comunes: adolescentes, viviendo en barrios periféricos, de centros urbanos, con carencias críticas, caracterizadas por la pobreza, la indigencia y necesidades básicas insatisfechas. Provenían de familias numerosas, vivían hacinados, con escasa escolaridad, prevaleciendo la falta de contención, lo que aumentaba su vulnerabilidad.

Los datos hablan. Esto es solo parte del espejo de la realidad

Se evaluó el estado de salud y situación social de los 7 menores de 5 años, que se mantenían en el núcleo familiar.

Del 100% los huérfanos menores de 5 años, que se mantenían en el núcleo familiar; el 71% de sexo masculino y 29% femenino. Todos los huérfanos estaban documentados y la mayoría, en general se encontraban en buen estado de salud, aunque no todos controlados y vacunados. Ninguno estaba escolarizado.

En relación al crecimiento el 57% de niños huérfanos menores de 5 años se encontraban en el canal armónico, (eutróficos). El peso corporal se situó entre el percentil 10 y 90 de la distribución del peso para la edad, dos mostraron desnutrición crónica, (29%) por haber padecido diarreas a repetición, resuelto con internación y tratamiento ambulatorio; uno con sobrepeso (14%), sin control ni tratamiento. El 43% contaba con carnet de vacunación completo, debiéndose más a las exigencias para obtener el beneficio de la AUH; que al convencimiento de que el control de salud permitía detectar fallas en el crecimiento y desarrollo; descubrir oportunamente enfermedades, facilitar el diagnóstico y tratamiento, reducir la duración de la enfermedad, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte.

En cuanto a enfermedades; el 29% había padecido desnutrición, el 14% neumonías y el 57% otras enfermedades como otitis, resfríos y/o enfermedades diarreicas agudas (EDA) Del 100% de EDA; el 72% había padecido entre 1 y 3 episodios de diarreas agudas

Las condiciones de vida, las deficiencias nutricionales, el hacinamiento, las elevadas temperaturas estivales, la carencia de agua potable, fueron los principales condicionantes de la exposición ambiental a patógenos entéricos, creando un círculo vicioso propicio para las infecciones intestinales.

En la evaluación del desarrollo, se observó que el 100% de los huérfanos habían desarrollado el área personal social acorde a la edad. En el área motricidad fina y motricidad gruesa el 86% y en el área lenguaje el 42% se encontraban conforme a lo establecido por la norma. Más del 50% presentaba retrasos en el habla, tanto en el lenguaje receptivo como expresivo.

El total de los huérfanos convivían con familias numerosas, con un promedio de 6-8 miembros y el 70% de las familias cuidadoras, se habían convertidas en familias extendidas, con un ingreso promedio de \$ 2888,00. El 75%, vivían en casas deficitarias, con una proporción importante de ranchos (25%) cuyas paredes eran de adobe, piso de tierra, techo de chapas o paja; o construidas con materiales de baja calidad y/o de desechos. El 75% vivían con hacinamiento crítico y tenían como acceso sanitario una letrina.

El 100% de las familias de los huérfanos de las madres fallecidas contaban con cobertura brindada en forma exclusiva por el sector público, por lo que tenían dificultades, geográficas, económicas y culturales para acceder a los servicios de salud, viéndose obligados a concurrir a las guardias hospitalarias y/o a curanderos, o resolver las situaciones de enfermedad con remedios caseros.

El 100% de las madres fallecidas de los huérfanos no tenían seguro de salud (lo cual no estaban incluidas en programas que llegan a través del sistema de salud pública, como el Plan Nacer).

El 75% de las familias, perdieron ingresos que generaba el trabajo materno; un 10% señaló que quedaron deudas generadas por el traslado, por la medicación requerida en la urgencia y hasta por el servicio de sepelio.

El 100% de los huérfanos menores de 5 años, se encontraba viviendo con familiares; de ellos, el 8% compartían parte del día la vivienda de sus abuelos y otros familiares, donde eran asistidos diariamente y por la noche recogidos por el padre para pernoctar en la vivienda que habían habitado con su madre. En el 100% de los casos la figura de los abuelos, tanto maternos como paternos, preveía como cuidadores. Solo el 37% de las familias, habían accedido a beneficios sociales: Jubilación/pensión; Asignación Universal por Hijo (AUH). Del total de niños huérfanos, un 87% pertenecía a familias pobres y el 13% indigentes.

En cuanto a los significados detectados en el discurso de los entrevistados fueron:

Cambios en la vida de las familias cuidadoras. Se encontró que las familias de los huérfanos pasaron a ser familias numerosas y extendidas, generando mayor dificultad económica y vulnerabilidad

Sufrimiento Espiritual de los huérfanos. Se detectaron algunos huérfanos con inestabilidad afectiva, por abandono del padre, mostrando desequilibrio en el desarrollo físico y emocional, provocando dificultades de adaptación al nuevo hogar

Riesgos sin modificar Un 95 % de las familias cuidadoras, responsables de los huérfanos, tenían baja escolaridad para los niveles de educación obligatoria.

Los caminos seguían siendo una barrera infranqueable para la accesibilidad a los servicios de salud. La pobreza, fue aún más empobrecida por la pérdida de ingresos que aportaba la mujer fallecida.

Factores protectores. Se observó que había una coexistencia familiar hecha de arreglos diversos y muy elaborados, compartiendo vivienda y gastos familiares y manteniendo sólidos vínculos a pesar de la precariedad en que vivían, con necesidades básicas insatisfechas, funcionando como redes sociales y económicas. Los que trabajaban aportaban al núcleo familiar. Las familias del interior relataron vínculos más solidarios entre vecinos a la hora de la emergencia.

Las familias cuidadoras muestran fuertes lazos familiares de protección y amparo hacia los huérfanos, siendo los abuelos la figura principal.

"Detrás de cada estadística están las vidas individuales de innumerables niños huérfanos; muchos de ellos afectados por la falta de oportunidades."

Discusión

El estudio revela que de las 16 muertes maternas en trance obstétrico del 2008 en el hospital de referencia (18) (49), con una proporción importante de embarazos adolescentes (24); reconoce que todas confluyen en determinantes sociales (28) (29) (30) económicos y educativos, de salud y culturales, similares. Muchas viven en el interior (20) en viviendas deficitarias (21) hacinadas y donde la pobreza y/o indigencia se encuentra presente en cada familia estudiada.

Las doce mujeres fallecidas, dejan 51 huérfanos, 7 nacieron en el 2008. La principal causa de muerte es el aborto inseguro (7) Todas carecen de obra social (27) y tienen dificultades para acceder a los servicios de salud de calidad (23) (25) y de bajo costo (19)

En relación a los menores huérfanos de 5 años, que pierden a su madre durante el proceso reproductivo 2008, la mayoría –eutróficos-, se encuentran con un crecimiento acorde a parámetros establecidos por OMS/SAP (46) (47), sin embargo, en su desarrollo, algunos huérfanos presentan retrasos en motricidad fina, gruesa y lenguaje, solo en el área personal social se encuentran, según la normativa de PRUNAPE (48).

Respecto a enfermedades propias de la infancia, (12) prevalecen las respiratorias (13) (neumonías) y diarreicas (EDA) (10) (11) las cuales, algunas las resuelven con internación, otras con tratamientos ambulatorios y/o caseros, o consultas a curanderos (23). El acompañamiento del padre viudo y familiares son claves, para los huérfanos; destacándose el rol de los abuelos/as (34) (35)

La CDN (43) estipula que los niños/as huérfanos/as tiene derecho a ser criados dentro del seno familiar (45), por lo que estas familias necesitan ayuda y tienen derecho a recibirla, sea a través de vivienda, salud, educación, alimentación, etc, como lo establece la ley de Protección a la familia por muerte materna de Mendoza (41) que contempla el interés superior del niño.

La protección social (37) (38) (39) en las familias cuidadoras de huérfanos es escasa (36) puesto que no logran acceder en forma masiva a planes sociales y/o Asignación Universal por Hijo (AUH) (40) por dificultades normativas y/o administrativas. (42) Lograr una protección social para todos, incluyendo a las personas de la economía informal, además de la formal, es un punto crítico para el armado de sociedades más justas, integradoras y equitativas

Las familias cuidadoras entrevistadas, se encuentran con NBI (26), están empobrecidas y manifiestan tener dificultades, geográficas, económicas, educativas y culturales para acceder a la educación y a los servicios de salud de calidad; sin embargo sus miembros, se mantienen unidos y solidarios, en beneficio de los huérfanos.

Conclusión

La situación de salud de los huérfanos, menores de 5 años, en general es satisfactoria, con fortalezas y situaciones de vulnerabilidad, pero con vínculos solidarios y sólidos entre los miembros de las familias cuidadoras; no así su situación social-económica que en la mayoría es crítica. Sus familiares hacen un gran esfuerzo para mantenerlos, con notable presencia de las abuelas, que cumplen con su rol protector. Los derechos de las familias cuidadoras de huérfanos, deben estar garantizados con leyes y programas concretos de ayuda económica, para asegurarles a los huérfanos, una mejor calidad de vida.

Bibliografía

Div
in 1
Ge
Int
Ar
Nu
/09
Le
Ul
de
N
ni
L
rr
N
h
c
E
2
c
2
I

1. Studying Maternal Mortality in Developing Countries World Health Organization, Division o Family Health. 1987
2. Roger W. Rochat, Lisa M. Koonin, Hani K. Atrash, John F. Jewett. Maternal Mortality in the United States: Report From the Maternal Mortality Collaborative. Obstetrics and Gynecology. 1988
3. La Prevención de la Tragedia de las Muertes Maternas. Informe sobre la Conferencia Internacional sobre la Maternidad sin Riesgo. Banco Mundial /OMS/UNFPA. 1987
4. Naciones Unidas/Presidencia de la Nación. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Argentina. La oportunidad para su reencuentro. 2005/2010/1015) 2003.
5. Lake, Anthony. Director Ejecutivo de UNICEF. Comunicado de Prensa del UNICEF Nueva York. http://www.unicef.org/spanish/media/media_55913.html 2010 bajado el 30 /09/011.
6. PNUD. Destabando el progreso: Aceleración de los ODM en la recta final hacia 2015. Lecciones aprendidas de los países piloto del Marco de Aceleración de los ODM. 2010.
7. Pantelides, Edith y Moreno Martín J. Situación de la población en Argentina PNUD/ UNFPA Emede S.A. Primera edición, Buenos Aires. 2009.
8. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2008. La Supervivencia de los niños. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. 2008
9. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2010. Derechos del niño. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. 2010
10. CEPAL-UNICEF. Pobreza infantil en América Latina y el Caribe. La mitad son niños, niñas y adolescentes. Alfabeto. Artes Grafica. Ltda. 2010
11. ONU-CEPAL-UNICEF. Mortalidad en la Niñez. Una base de datos de América Latina desde 1960. 2011.
12. OMS. Tema Salud. ODM 4: reducir la Mortalidad Infantil http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/es/index.html, 2012. Bajada el 10/4/013
13. OMS Centro de Prensa. Reducción de la mortalidad en la niñez. Datos y Cifras. Nota descriptiva N° 178 en línea 12/09/012 Consultado 5/06/013 Disponible en URL <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>
14. OMS Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010 y 2013
15. UNICEF, WHO, World Bank, UN-DESA Population Division Levels and trends in child mortality 2013
16. Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR) Estimaciones de Mortalidad Materna en América Latina y el Caribe: Un breve Panorama. 2012
17. CELADE/CEPAL/ONU Estimaciones de la mortalidad en la niñez para los países de la región. 2008
18. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información Básica 2008. (DEIS) Serie 5, N° 52. Buenos Aires 2009
19. Starrs, A. The Safe Motherhood Agenda: Priorities for the Next Decade. New York: Inter-Agency Group for Safe Motherhood, Family Care International. 1998
20. PNUD Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina 2009 Publicado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) 2, El desarrollo humano en Argentina. Edición, diseño y producción Ignacio Camdessus; Carlos Araujo y Marcelo Morán; Sonia Jalfin. Pag 10-19 2009
21. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2012 "Niñas y niños en un mundo urbano" Documento impreso. Pag. 1-68. 2012 ISBN: 978-92-806-4599-6.
22. Biaggi, C, Canevari, C, Tasso, A. Cap. I: Los trabajos de las mujeres rurales. Cap: IV. Los derechos humanos de las mujeres rurales; en Mujeres que trabajan la tierra. Un estudio sobre las mujeres rurales en la Argentina. 1ª edición Argentina. Bs. As. Grafica Santander SRL Pag.19-36; 100-104. 2007

23. Di Lullo, O- Segunda Parte La Medicina popular en Santiago del Estero. Reimpresión. Santiago del Estero Fundación Cultural. Franco Rossi. Casa editora. Pag 26-97. 2010.
24. Banco Mundial. Unidad de desarrollo Medioambiental y Social Sustentable. Región de América Latina. Salud Reproductiva Rural en la Argentina. Provincias de Misiones, Salta y Santiago del Estero. GEA. Bs. As. 2001
25. Ciancia H, Domínguez, A y cols. Morbilidad Severa y Mortalidad Materna en Santiago del Estero. Un análisis de la Situación Provincial. 1ª edición. Santiago del Estero Lucrecia Editorial. Pag. 39-104 2009
26. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina (INDEC) (2º semestre 2010)
27. OPS/OMS/CEPAL/PNUD III. Organización y cobertura. En: El Sistema de Salud Argentino y su Trayectoria de Largo Plazo: logros alcanzados y desafíos futuros. Aportes para el Desarrollo Humano. Documento impreso PNUD-Argentina, Autor Editorial PNUD Sexta serie Buenos Aires. Argentina Pag 21-34. 2011
28. OMS/Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación resumen analítico Ediciones Journal S.A Buenos Aires Argentina. Pag 1-23. 2009 ISBN 9892 4356 370 1
29. Grupo de trabajo Regional para la Reducción de la MM. Estimaciones de MM en América Latina: Un breve panorama 2012
30. Francisco Ramírez Mejía, Marisabel Rivera†, Reyna Durón‡, Oscar E. Aguilar §, Mariela Fuentes II, César Gómez, Carlos Claudino, Yolani Batres††, Juan Almendares Impacto de la mortalidad materna en la familia, especialmente en la niñez, de occidente de Honduras Rev Médica de Honduras 2003
31. Observatorio de la Seguridad Social-Ansses. Bs. As. Informe: La Asignación Universal por hijo para protección social en perspectiva: La política pública como restauradora de derechos. Ansses. Pag 11-53. 2012
32. UNICEF Estado Mundial de la Infancia. Excluidos e invisibles. 2006
33. CBN. Internacional. Cuidando a los Huérfanos. 2012
34. Domínguez, A y otros. La situación social de los huérfanos de las Muertes Maternas en Santiago del Estero. Revista Argentina de Enfermería Nº 27. 2005
35. Whitley, D. M. Cuando los abuelos crían a sus nietos: Un llamado a la acción Administration for Children and Families (ACF) Región IV Department of Health-Human Services. USA Pag 1-11 2007
36. Los principales programas de protección social en la provincia de Santiago del Estero, Documento de Trabajo Nº66, Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC), Buenos Aires, junio de 2011.
37. OIT/OMS Piso de Protección Social para una globalización equitativa e inclusiva Junio 2010 Documento impreso por OIT .!ª edición 2011 Ginebra ISBN 978-92-2-325337-
38. Bonvecchi, A; Smulovit, C. Atender Necesidades, crear oportunidades o garantizar derechos. Visiones sobre la política social. Banco Mundial Serie de documentos de trabajo sobre Políticas Sociales. Nº 1. Pag 23-25 2007
39. Tinoco; Elizabeth. Directora Regional de la OIT para América Latina y el Caribe La encrucijada de la seguridad social en línea 26 de octubre de 2012 Consultado 16/11/012 Disponible en URL http://ilo.org/americas/oficina-regional/direcci%C3%B3n-regional/WCMS_192025/lang-es/index.htm
40. Observatorio de la Seguridad Social-Ansses. La inclusión social como transformación: Políticas Públicas para todos. Cuadernillo Julio 2011
41. Ley 7664. Ley de Protección a la familia por muerte materna. Mendoza. 2007
42. Gasparini, Leonardo. Diálogos de Protección Social. Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC), 2010.
43. Observación General Nº 7. Realización de los derechos del niño en la primera infancia. Comité de los Derechos del niño. 40º Período de sesiones. Ginebra, 2005

44. UNICEF El niño y la niña en la familia El niño o niña privado de atención familiar. en línea Consultado 2/11/010 Disponible en URL http://www.unicef.org/spanish/child_family/22352_24511.html

45. Dowdell EB .Grandmother caregivers and caregiver burden. MCN Am J Matern Nursing Child. Sep-Oct; 29 (5):299-304. 2004

46. OMS/SAP (Sociedad Argentina de Pediatría) Ministerio de Salud de la Nación. Guía para la evaluación del crecimiento. 2007

47. OPS/MSN. Dr. Enrique O. Abeyá Gilardon; Dra. Elvira B. Calvo; Dr. Pablo Durán; Lic. Elsa N. Longo; Dra. Carmen Mazza. Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría. 2009

48. Lejarraga, H y otros. Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE). Editado por Fundación Hospital de Pediatría. Prof. "Dr. Juan P. Garrahan" 2005

49. Departamento de Estadística. Hospital Regional "Dr Ramón Carrillo". Santiago del Estero. 2009

SITUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y SALUD DE NIÑOS DE 0-5 AÑOS DE MUERTES MATERNAS EN TRANCE OBSTÉTRICO

SALOMON, A

Hospital Regional Dr. Ramón Carrillo. Santiago del Estero. Argentina

Introducción: La Muerte Materna (MM) en trance obstétrico, es socialmente injusta, deja huérfanos con alto riesgo socio-afectivo, de salud, vivienda, educación, alimentación, y con más posibilidades de morir que aquellos que tiene padres vivos. La familia se fragmenta, se pierde el aporte al ingreso familiar, a la educación de la generación siguiente, el cuidado del resto familiar, siendo para ellos un importante factor de riesgo de pobreza en la adultez.

El Plan Nacer está orientado a disminuir la MM. Por razones de equidad fue implementado primero en el NOA y NEA. Los datos oficiales de MM, en Santiago del Estero, marcaban un franco descenso, según el INDEC. Al crearse el Comité Provincial de MM (2002) y aplicar su vigilancia, la realidad cambió. Entre 2005-07, fallecieron 36 mujeres y en el 2008: 16, quedando cientos de niños huérfanos.

La atención de los huérfanos por la MM y sus familias debe ser un tema de estado y sociedad.

Objetivo: Describir la situación sociodemográfica y de salud de niños de 0-5 años de madres fallecidas en trance obstétrico en el Hospital Regional "Dr. Ramón Carrillo" en el año 2008.

Metodología: Estudio descriptivo-transversal-cuanti-cualitativo, de familias y niños de 0-5 años que se mantengan en el núcleo familiar. Revisión de historias clínicas para recabar datos (edad, procedencia, estado civil, cantidad de hijos, causa de muerte, etc). Visitas domiciliarias. Entrevistas semi-estructuradas al jefe/a de familia y/o cuidador. El estado de salud de los huérfanos (crecimiento y desarrollo, enfermedades prevalentes de la infancia, etc) serán evaluadas con ficha propia. Para datos cuantitativos: se aplicará estadística descriptiva; para datos cualitativos, se analizarán las vivencias y experiencias de tener en la familia huérfanos. La triangulación permitirá generar una mirada amplia del problema, develando quizás un mundo de privaciones de la dignidad humana.

(Revista de Salud Pública. Edición Especial: Nov 2010. Pag 57. P7. Córdoba. 2010)

LOS HUÉRFANOS DE LA MORTALIDAD MATERNA EN TRANCE OBSTETRICO: UN PROBLEMA SIN RESOLVER

SALOMON, A

Hospital Regional Dr Ramón Carrillo. Santiago del Estero. Argentina

Introducción:

UNICEF define: huérfano al que ha perdido uno o ambos progenitores. Miles de niños quedan huérfanos de madre cada año. Sgo del Estero, (2008), fallecieron 16 mujeres en trance obstétrico. Estos huérfanos son personajes anónimos, adoptados o quedan con familiares, viviendo en contextos económicos, sociales y culturales marcados por desigualdad. Propensos a no recibir atención de salud/educación, estar mal alimentados, sin protección social y jurídica, elevando la MI.

Objetivo: Describir la situación social y salud de huérfanos menores 5 años.

Material y Métodos: Estudio Descriptivo-transversal, cuanti-cualitativo. Menores 5a (núcleo familiar).

Visita domiciliaria. Entrevista semi-estructurada. Evaluación estado de salud/situación social.

Para datos cuantitativos: estadística descriptiva; para datos cualitativos; análisis de contexto

Hallazgos:

Se entrevistó 7 familias: 12 huérfanos. 4 madres menores, sin hijos. Resto (3) viven en barrios periféricos: 2 capital; 1 interior. En capital: 1er caso, la abuela materna a cargo de todos (4) por abandono del padre; formó otra pareja. Logró la tenencia de todos. El menor a 5a goza de buena salud. Denota tristeza. El otro; los 3 huérfanos viven con el padre. Con trabajo temporal; los mayores quedan con abuela materna; el menor 5a, con abuela paterna. Buen estado de salud y contención. Caso, (interior). El padre formó pareja con la cuñada, se hizo cargo de sus 5 huérfanos y 3 de la pareja. Viven en rancho, hacinados. Los huérfanos se encuentran en situación de riesgo y desamparo. El menor a 5a, al momento de la entrevista, internado por neumonía y desnutrición en capital. Familia desintegrada. Ningún huérfano recibe atención integral.

Conclusión

Los gobiernos deben garantizar leyes que promuevan derechos de la infancia.

(Revista de Salud Pública. Edición Especial: Nov 2011. Pag 31. R-8. Córdoba 2011)

PERFIL PSICO-SOCIAL DE FAMILIAS CUIDADORAS DE HUÉRFANOS MENORES DE 5 AÑOS DE MUERTES MATERNAS EN TRANCE OBSTÉTRICO AÑO 2008. SANTIAGO DEL ESTERO

SALOMON, A

Hospital Regional Dr Ramón Carrillo. Santiago del Estero. Argentina

Introducción

La MM es un indicador en salud que mide el desarrollo humano de una nación y reconocida como problema social.

En el 2008, fallecieron 16 mujeres en trance obstétrico en el hospital de referencia. Los huérfanos quedaron en el seno familiar, al cuidado de personas mayores. Los costos económicos, sociales y humanos que representan la orfandad para las familias son abrumadores. Con la llegada de los huérfanos afrontan crisis psico-social-económicas, que puede ser, factor protector de la salud individual de sus integrantes, o desencadenante de procesos obstaculizadores.

Objetivo: Describir el perfil psico-social de las familias cuidadoras de huérfanos menores de 5 años de la MM en trance obstétrico

Material y Métodos: Estudio descriptivo-cualitativo; visita domiciliaria, entrevista en profundidad al cuidador responsable.

Hallazgos:

De las 16 MM; 4 eran menores, sin hijos; 12 con hijos. Se identificaron hasta ahora (5) con hijos previos, que dejaron 24 huérfanos (5 < de 5a). Los huérfanos se mantienen en el núcleo familiar. El perfil psicosocial de las familias cuidadoras, sitúa a los huérfanos menores de 5 años en edad pre-escolar, sin concurrir; con contención familiar, buena comunicación, sin agresividad, reducida violencia intrafamiliar. No reciben apoyo psico-social. Los miembros familiares con baja o nula escolaridad, se han empobrecido, falta trabajo, realizan gastos imprevistos en salud y alimentación; escasa desintegración familiar. Los abuelos, adultos mayores, casi siempre están a cargo de los huérfanos menores.

Conclusión

Familias numerosas, con escaso nivel educacional, predomina crisis económica. Los huérfanos menores sin escolaridad; escasa conducta antisocial y violencia familiar. Tendencia a que la abuela materna asuma el rol de madre.

(Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. UNC. Vol 69. Suplemento 2. Pag 38-39. 2012).

FAMILIAS OLVIDADAS. LAS PERSONAS MAYORES COMO CUIDADORES DE HUÉRFANOS DE LA MORTALIDAD MATERNA EN TRANCE OBSTÉTRICO

SALOMON, A

Introducción

En el 2008, fallecieron 16 mujeres en trance obstétrico en el hospital de referencia. Los huérfanos quedaron en el entorno familiar, al cuidado de personas mayores, viviendo en contextos económicos, sociales y culturales marcados por la desigualdad. Los vínculos familiares se mantienen sólidos a pesar de la precariedad en que viven, y funcionan como redes sociales y económicas. Para el estado estas familias, son anónimas. La mayoría no reciben protección social ni jurídica.

Objetivo: Describir la situación social de familias cuidadoras de huérfanos menores 5 años.

Población: Familias cuidadoras de huérfanos menores de 5 años de muertes maternas en trance obstétrico

Material y Métodos: Estudio Descriptivo-transversal, cuanti-cualitativo. Visita domiciliaria. Observación en terreno. Entrevista semi-estructurada. Evaluación del estado de la situación social. Para datos cuantitativos: estadística descriptiva; para cualitativos; análisis de contexto

Hallazgos:

De las 16 MM; 4 eran menores, sin hijos; 12 con hijos. Se identificaron hasta ahora (5) con hijos previos, que dejaron 24 huérfanos (5 son menores de 5a). Todos los huérfanos se mantienen en el núcleo familiar. Son familias numerosas que viven en barrios marginales o en el campo, algunos con contención familiar; otros en situación de riesgo y desamparo. Los menores de 5a no reciben atención integral. La mayoría no accede a la AUH; tampoco reciben planes sociales, por diferentes motivos. En la implementación de las políticas de protección social existe un enorme vacío que no contempla bajo ningún concepto, a las familias de los huérfanos de la mortalidad materna en procesos reproductivos. Son ellas familias olvidadas

Conclusión

Atender necesidades, crear oportunidades y garantizar derechos de la infancia es responsabilidad de los gobiernos, a través de políticas de protección social incluyente.

(Revista de Salud Pública. Edición Especial: Nov 2012. Pag 156. P-101. Córdoba 2012)

CUIDANDO HUERFANOS DE LA MORTALIDAD MATERNA. Un estudio de casos. Santiago del Estero

SALOMON, A

Hospital Regional "Dr. Ramón Carrillo" Santiago del Estero. Capital Argentina

Introducción

Santiago del Estero tiene altos índices de pobreza y ruralidad. Ello dificulta el acceso a la salud, educación, saneamiento, transporte, alimentación, etc. El hospital de referencia, es centro derivador, atiende por año 7000 mujeres en proceso reproductivo. En 2008; fallecieron 16 mujeres en trance obstétrico, dejando 51 huérfanos. Precariedad, desigualdad y vulnerabilidad, afectan a las familias cuidadoras.

Objetivo: Describir formas de vida de familias cuidadoras de huérfanos.

Población: Familias cuidadoras de huérfanos de muertes maternas 2008.

Material y Métodos: Estudio cuanti-cualitativo. Visitas domiciliarias. Observación en terreno. Entrevistas semi-estructuradas.

Resultados

De las 16 muertes, 4 sin hijos, 12 dejaron 51 huérfanos.

Se identificaron factores socioeconómicos, geográficos, culturales, ambientales, salud y de organización familiar que influían en el cuidado de los huérfanos.

Las variables de ajuste coincidían con factores identificados. Eran pobres (88%), indigentes (12%), familias numerosas (6-8 miembros), escasa escolaridad (95%) primario incompleto; (5%) sin escolaridad; con dificultades al acceso a la salud, educación, alimentación apropiada, control de crecimiento y desarrollo de menores huérfanos. Solucionaban sus problemas de salud, con remedios caseros o curandero. Ante la gravedad asistían al centro de salud. Escasas conductas problemáticas de los huérfanos.

Ante la muerte materna, profundizaron lazos familiares para mantenerlos, en el núcleo familiar

Conclusión

Las familias pertenecían a zonas rurales, eran numerosas, pobres o indigentes; con servicios básicos carecientes, insuficientes o inadecuados Utilizaban estrategias alternativas para resolver problemas de salud. Los huérfanos se mantenían en el núcleo familiar, con sólidos vínculos.

Palabras clave: Mortalidad materna – huérfanos – vulnerabilidad - familias cuidadoras

(Revista de Salud Pública. Edición Especial: Dic 2014. Poster. Pag 7. Córdoba 2014)

Reuniones científicas:

Autora-Expositora: "Situación Sociodemográfica y Salud de niños de 0-5 años de Muertes maternas en trance Obstétrico". VI Jornadas Internacionales de Salud Pública. Córdoba. 2010

Autora-Expositora: "Los Huérfanos de la Mortalidad Materna en trance Obstétrico: Un problema sin resolver". VII Jornadas Internacionales de Salud Pública. Córdoba. 2011

Autora-Expositora: "Familias Olvidadas. Las personas mayores como cuidadoras de Huérfanos de la Mortalidad Materna en trance Obstétrico". XIII Jornadas de Investigación Científica de la Facultad de Ciencias Médicas. Córdoba. 2012

Autora-Expositora. Tema: Perfil Psico-Social de las Familias cuidadoras de Huérfanos, menores de 5 años de Muertes Maternas en trance Obstétrico, Año 2008. Santiago del Estero. Congreso Latinoamericano de Salud Pública Córdoba. 2012

Autora-Expositora: "Cuidando Huérfanos de la Mortalidad Materna: Un estudio de casos. Santiago del Estero. IX Jornadas Internacionales de Salud Pública. 2014

Autora-Expositora: "Situación socio-familiar y de salud de los huérfanos de la Mortalidad Materna en trance obstétrico 2008. Santiago del Estero. XVII Jornadas de Pediatría del NOA. Tucumán 2015.

Participante al encuentro "SALUD MATERNA: ESTRATEGIAS, ACCIONES Y RESULTADOS". MSP-MI-UNICEF. 2011

Curso de apoyo a la "Investigación en protocolo y trabajo científico" Consejo de Médicos. 2014



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
 Escuela de Salud Pública



VI

JORNADAS INTERNACIONALES DE SALUD PÚBLICA

*“Los determinantes de la salud desde una perspectiva integral:
 una herramienta para la acción en Salud Pública”*

Córdoba, Argentina, 10, 11 y 12 de noviembre de 2010

Se certifica que: **SALOMON A.**

Presentaron el trabajo: **SITUACION SOCIODEMOGRAFICA Y SALUD DE NIÑOS DE 0-5 AÑOS DE MUERTES MATERNAS EN TRANCE OBSTETRICO.**

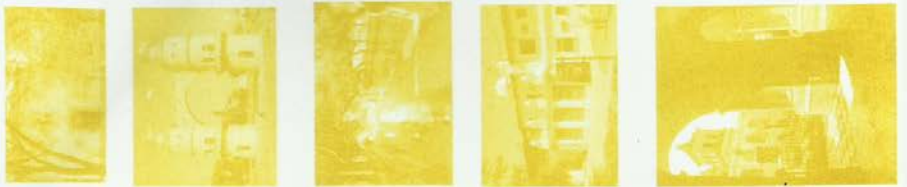
En las VI Jornadas Internacionales de Salud Pública.

Con acreditación de 20 horas. A los 12 días del mes de noviembre de 2010, en Córdoba, Argentina.

Fernández
 Prof. Dra. A. Ruth Fernández
 Coordinadora General
 VI Jornadas Internacionales de Salud Pública

Juan Carlos Estano
 Prof. Dr. Juan Carlos Estano
 Director
 Escuela de Salud Pública - FCM - UNC

Gustavo L. Inico
 Prof. Dr. Gustavo L. Inico
 Decano
 Facultad de Ciencias Médicas - UNC





UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
 Escuela de Salud Pública



VII JORNADAS INTERNACIONALES DE SALUD PÚBLICA
 “La Perspectiva Integral de la Salud como desafío en las estrategias de acción en Salud Pública”



GOBIERNO DE LA
 PROVINCIA DE
 CORDOBA
Córdoba
 Entre todos.

Ministerio de
 CIENCIA Y
 TECNOLOGÍA



Córdoba, Argentina, 23 al 25 de Noviembre de 2011

Se certifica que: SALOMON A.

Presentaron el trabajo: LOS HUÉRFANOS DE LA MORTALIDAD MATERNA EN
 TRANCE OBSTÉTRICO: UN PROBLEMA SIN RESOLVER.

En las VII Jornadas Internacionales de Salud Pública
 a los 25 días del mes de noviembre de 2011, en Córdoba Argentina

Fernández
 Prof. Dra. A. Ruth Fernández
 Coordinadora General

VI Jornadas Internacionales de Salud Pública

Juan Carlos Estano
 Prof. Dr. Juan Carlos Estano
 Director

Escuela de Salud Pública - FCM - UNC



Gustavo L. Inco
 Prof. Dr. Gustavo L. Inco
 Decano

Facultad de Ciencias Médicas - UNC



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
SECRETARÍA DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA



UNC

Universidad
Nacional
de Córdoba



III Jornada de Investigación Científica de la Facultad de Ciencias Médicas R.D. 247/12 En el marco de los 400 años de la UNC

Por cuanto: SALOMON, A.

ha/n participado como autores del trabajo: FAMILIAS OLVIDADAS. LAS PERSONAS MAYORES COMO CUIDADORES DE HUÉRFANOS DE LA MORTALIDAD MATERNA EN TRANCE OBSTÉTRICO.

Prof. Dra. María Fiol de Cuneo
Secretaría de Ciencia y Tecnología
Facultad de Ciencias Médicas-UNC

Certificado

Córdoba, a los 26 días del mes de septiembre de 2012

Prof. Dr. Gustavo L. Irico
Decano
Facultad de Ciencias Médicas-UNC





P - 022

CONGRESO LATINOAMERICANO DE SALUD PÚBLICA 2012

VIII Jornadas Internacionales de Salud Pública

Simposio de Salud Mental y Salud Pública: propuestas para intervenciones sostenibles

Córdoba | Argentina | 28, 29 y 30 de Noviembre

Pabellón Argentina | Ciudad Universitaria



Universidad Nacional de Córdoba

Certificamos que

Ha participado en calidad de

SALOMON, Ana Carolina

EXPOSITOR DEL POSTER

DE MUERTES MATERNAS EN TRANCE OBSTÉTRICO, AÑO 2008. SANTIAGO DEL ESTERO."

Autores: SALOMON, Ana Carolina

Prof. Dr. Juan Carlos Estarío

Director
Escuela de Salud Pública
Congreso Latinoamericano de Salud Pública
Jornadas Internacionales de Salud Pública

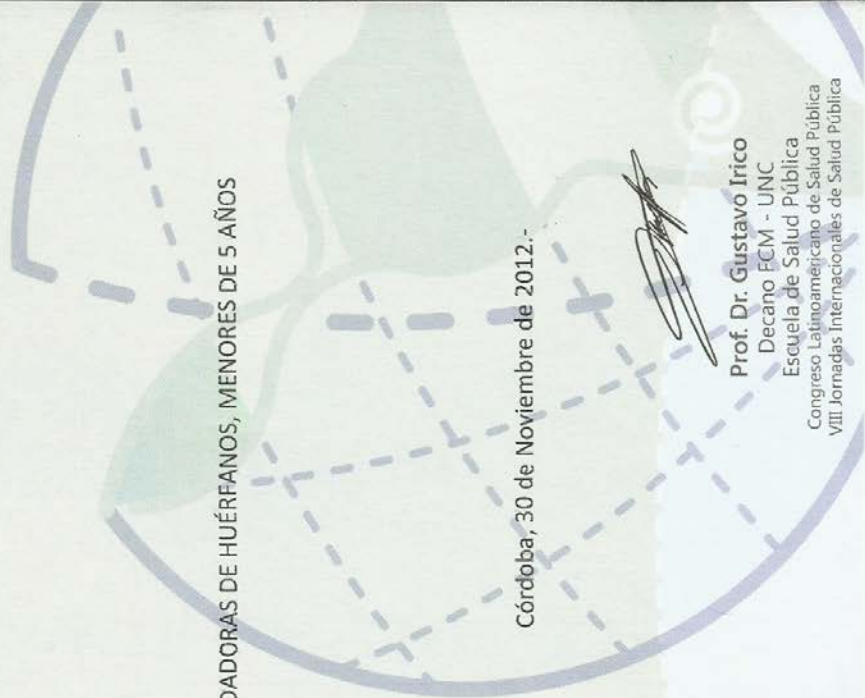
Prof. Dr. Ruth Fernández

Coordinadora General
Escuela de Salud Pública
Congreso Latinoamericano de Salud Pública
VIII Jornadas Internacionales de Salud Pública

Córdoba, 30 de Noviembre de 2012.-

Prof. Dr. Gustavo Irico

Decano FCM - UNC
Escuela de Salud Pública
Congreso Latinoamericano de Salud Pública
VIII Jornadas Internacionales de Salud Pública





3,4,5 de diciembre de 2014. Córdoba, Argentina

Se certifica que **SALOMÓN, ANA CAROLINA**

Participó en calidad de **EXPOSITOR**

Presentando “**CUIDANDO HUERFANOS DE LA MORTALIDAD MATERNA. UN ESTUDIO DE CASOS. SANTIAGO DEL ESTERO**”

Cuyos autores son **Salomón, Ana Carolina**

En las **IX Jornadas Internacionales de Salud Pública**

Con acreditación de 20 horas en Córdoba, Argentina, a los 5 días del mes de Diciembre de 2014


Med. Mgter. **Abelardo Rahal**
Director
Escuela de Salud Pública


Prof. Dr. **Gustavo, L. Irigoien**
Decano,
Facultad de Ciencias Médicas





“El futuro de los niños es hoy... mañana será tarde”



Sociedad Argentina de Pediatría

21, 22 Y 23
DE MAYO DE 2015
Tucumán - Argentina

Organizan: Sociedad Argentina de Pediatría - V Región - Filial Tucumán

Co-Organizan: Sociedad Argentina de Pediatría Filiales: Catamarca - Jujuy - Salta - Santiago del Estero



Certificamos que se presentó el Trabajo Científico:

“Situación socio-familiar y de salud de los huérfanos de la mortalidad materna en trance obstétrico 2008 Santiago del Estero”

Autor: Salomón A.

Modalidad: Póster

Dr. Juan Novoa
Secretario Científico
XVII Jornadas Regionales de Pediatría del NOA

Dr. Julián Nyssif
Vicepresidente
XVII Jornadas Regionales de Pediatría del NOA

Dr. Miguel Ángel Saéz
Presidente
XVII Jornadas Regionales de Pediatría del NOA



Gobierno de la
Provincia de
Córdoba

iiiili Córdoba
Entretodos.

Ministerio de
SALUD

Por el presente se deja constancia que el/la Sr/Sra. SALOMÓN, ANA CAROLINA ha asistido en calidad de Participante al Encuentro “**SALUD MATERNA: ESTRATEGIAS, ACCIONES Y RESULTADOS**” en conmemoración del “**Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres**”, organizado por el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, la Dirección de Jurisdicción de Maternidad e Infancia conjuntamente con UNICEF Argentina.-

Se extiende el presente en la Ciudad de Córdoba, a los 27 días del mes de Mayo de 2011.-

Zulma Ortiz
Especialista en Salud
UNICEF Argentina



Marcela Miravet
Directora de Jurisdicción de
Maternidad e Infancia





Consejo de Médicos de
la Provincia de Córdoba


CERTIFICA

Por cuanto el/la Dr/a SALOMÓN, ANA CAROLINA, MP:34.562/8
DNI N° 24.850.427; ha participado en calidad de ASISTENTE
del "CURSO DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN EN PROTOCOLO Y
TRABAJO CIENTÍFICO ", organizado por la "Comisión de Apoyo
a la Investigación" de este Consejo de Médicos los días
Miércoles de ABRIL del corriente
año.////

Se otorga el presente CERTIFICADO, en la Ciudad de Córdoba
a 16 días del mes de MAYO del año 2014.-////


Dr. Rizzi Ricardo Glauco
Director del curso


Dr. Viale Néstor
Pte. Comisión de
Especialidades


Dr. Rubén Spizzirri
Pte. Consejo de Médicos de
la Provincia de Cba.

**CONSEJO DE MEDICOS DE LA PROVINCIA DE CORDOBA
CURSO DE APOYO A LA INVESTIGACION**

PROGRAMA

09/04/14

- Introducción a la Investigación
- Metodología de la Investigación (Dr. Ricardo Rizzi)

16/04/14

- Epidemiología de la Investigación (Dr. Ariel Depetris)


23/04/14

- Consentimiento informado (Dr. José Sanguedolce)
- Medicina basada en las evidencias
- EXCEL aplicado a la investigación (Dr. Martín Moya)

30/04/14

- Conceptos de Bioestadística (Dr. Eduardo Halac)
- Concepto de Mala Praxis (Dr. Ruben D'Agostino)

- DURACION 16 HORAS


Dr. Rizzi Ricardo

A.
A.V.