



LA SITUACION DE ENFERMEDAD Y MUERTES MATERNAS EN ARGENTINA

Según la Organización Mundial de la Salud –OMS- la enfermedad o morbilidad y la mortalidad materna son las que se producen durante y después del embarazo y parto hasta culminar el período del puerperio (42 días o seis semanas después del parto). Ante las posibilidades terapéuticas actuales muchos casos de enfermedades graves debidas a embarazo y parto producen la muerte de las mujeres después de las seis semanas, considerándose en este caso muertes maternas tardías. Si bien estas no se incluyen en la elaboración de la Razón de Mortalidad Materna –RMM-, la OMS aconseja registrarlas e informarlas. Argentina así lo hace.

Tanto las enfermedades como las muertes maternas son prevenibles o evitables en una alta proporción, por eso, que ocurran es algo que exige a los países o regiones analizar por qué estas enfermedades o muertes no se evitaron.

La OMS señala que a nivel mundial “la mortalidad materna es la principal causa de muerte en mujeres y niñas en edad reproductiva...”.

LOS DATOS EN ARGENTINA

A) Muertes maternas

En el país, los datos de mortalidad son registrados por el Ministerio de Salud de la Nación con el aporte de todos los Ministerios de Salud provinciales. La mortalidad materna se mide a través de la Razón de Mortalidad Materna –RMM- que compara el número de mujeres que mueren por causas debidas al embarazo, parto o puerperio por año en un país, región y/o provincia con el número de niños nacidos vivos en el área geográfica considerada por año, expresada por muertes cada 100.000 nacidos vivos.

Cuando se analiza la evolución de esta RMM desde 1990 hasta el 2009, último año con datos informados oficialmente por el Ministerio de Salud de la Nación, se observa el gráfico siguiente:



Fuente: elaboración propia en base a Hoja informativa Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. Número 1, Abril 2010.

En este gráfico se observa que desde 1990 la RMM presenta oscilaciones alrededor de 40,0 por 100.000 nacidos vivos, estabilizándose a partir del 2000 con una leve tendencia al ascenso desde el 2006 y con un nuevo pico en el 2009. Este último dato de 55,0 en parte es debido a 95 muertes maternas ocurridas por problemas respiratorios, algunos vinculados a la Gripe A (33 casos con certificación diagnóstica). Los valores sostenidos en el tiempo de una elevada RMM, tienen poca relación con otros indicadores de la atención obstétrica que tiene el país, como la proporción de partos institucionales, los partos atendidos por personal calificado y otros, esto llama la atención y es preocupante. Si se compara la RMM de Argentina con la de países vecinos que tienen similares condiciones de atención del embarazo, parto y puerperio, se observa que en el país es mayor a pesar de tener condiciones similares, como analizaremos más adelante.

Si consideramos los números absolutos de muertes: en el 2009 ocurrieron 429 muertes maternas totales, incluidas las tardías, en el 2008 estas fueron 323. Una constante que se mantiene a través de los años, incluido el 2009, es la proporción de esas muertes debidas al aborto que corresponden a alrededor de un tercio de todas las muertes y ocupa el primer lugar entre las causas de MM. Un hecho a destacar es que en 2009 las debidas al aborto fueron 87 muertes, en el 2008 eran 62. La RMM por aborto en 2008 fue 8,0 y en 2009 de 12,0 por 100.000 nacidos vivos, evidenciando su aumento.

El registro de muertes maternas presenta un alto nivel de subregistro, o sea de muertes que se deben a causas vinculadas al embarazo, parto o puerperio pero que no se las clasificó así en el certificado de defunción. Un estudio del Ministerio de Salud de la Nación en la Ciudad de Buenos Aires en 1985 evidenció que por cada muerte registrada como MM había una no registrada, o sea que el número real de muertes maternas en la Ciudad era del doble al registrado. Otro estudio comparativo realizado por la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Buenos Aires –SOGIBA- y la Dirección General de Estadísticas y Censos de la Ciudad de Buenos Aires en el 2008, mostró que el subregistro es de dos muertes maternas no registradas por cada una registrada, indicando un aumento del subregistro. En provincias y localidades del interior se estima que el subregistro es mayor que en la Ciudad de Buenos Aires, donde se cuenta con mejores recursos diagnóstico-terapéuticos y también capacidad de registro y control de estas certificaciones de muerte. El subregistro de estas muertes se debe fundamentalmente a que algunas ocurren después del puerperio o sea después de la sexta semana, en general en mujeres internadas o tratadas en terapia intensiva o cuidados especiales por complicaciones graves. Al producirse la muerte alejada del embarazo o parto por cuadros y patologías muy graves se consignan estas causas sin especificar la causa original que la determinó o sea el embarazo, parto o puerperio.

Cuando se analiza la RMM según provincia o lugar de residencia de la mujer se observa una gran dispersión y variación entre ellas, solo 11 jurisdicciones tienen en el 2008 una RMM menor que la nacional y 13 por encima de la nacional con valores más altos en provincias del Noreste –NEA- y Noroeste Argentino –NOA- que llegan hasta duplicar el valor del país. Formosa en el 2008 tenía una RMM de 118 por cada 100.000 nacidos vivos y Jujuy de 100. Las RMM de estas provincias son similares a las de Guyana y de Ecuador respectivamente. La RMM de CABA es la más baja del territorio y similar a la de Canadá, un país con una de las RMM más bajas de todo el mundo. Cuando se analizan las MM por causas, el aborto es la primera causa de MM en 14 de las 24 provincias: Provincia de Buenos Aires, Catamarca, Córdoba, Corrientes, Chaco, Formosa, Jujuy, Neuquén, Salta, San Juan, San Luis, Santa Cruz, Santiago del Estero y Tucumán.

La RMM es un indicador incorporado por Naciones Unidas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio –ODM- en el año 2000. El documento acordado en esa cumbre de Naciones Unidas recomendó a los países disminuir la RMM al 50% para el año 2015, con una meta intermedia en 2010. Argentina en el 2010 informó en Naciones Unidas al evaluarse el logro de las metas de los ODM, que no sólo no había disminuido esta RMM sino que estaba en ascenso. Esto implica un retroceso, que le exigiría al país una disminución muy grande en los próximos años para alcanzar en el 2015 la meta. El Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva estimó que en el 2015 la RMM de Argentina debía ser de 13,0 por cada 100.000 nacidos vivos para alcanzar la propuesta de Naciones Unidas.

Si se analiza la MM según edad de las mujeres que mueren, la mayoría de ellas ocurren en mujeres entre 20-39 años de edad. Esto coincide con observaciones de estudios realizados que evidencian que la mayoría de las mujeres que mueren ya son madres, en general de 2 o 3 hijos, y que viven en pareja o casadas.

Cuando se compara la RMM con la de otros países, especialmente de América Latina, Argentina tenía y continúa teniendo una RMM elevada y a diferencia de otros países que lograron disminuirla en los últimos decenios, nuestro país no logró un descenso significativo ni similar. Chile y Uruguay tienen una RMM hasta 3 veces menor que Argentina: 19,8 y 15,0 respectivamente, según datos de alrededor del 2005. Esto implica que en Argentina, a diferencia de Chile y Uruguay, aún hay necesidades y problemas de salud que afectan a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio que no se han superado. Entre ellos podemos señalar la falta de programas de Salud Sexual y Reproductiva que incluyan el asesoramiento y la provisión de métodos anticonceptivos. Si bien en mayo del 2003 se creó el Programa Nacional, aún tiene problemas en la accesibilidad de toda la población. En otros países estos programas existen desde hace décadas, como ocurre en Chile y Uruguay y se observan sus efectos. Este es un aspecto muy importante que nos diferencia de ambos países vecinos y de otros de la región.

B) Enfermedad por embarazo, parto y puerperio

Los datos sobre morbilidad existentes en el país provienen fundamentalmente de los egresos hospitalarios, o sea egresos de personas internadas en hospitales públicos de todo el país que se registran y analizan por los Ministerios de Salud provinciales y el de la Nación.

Este dato no refleja el total de las personas que se internaron ya que las que se internan en servicios provistos por las obras sociales y el sector privado no se registran. Por tanto, el dato disponible de internaciones vinculadas al embarazo, parto y puerperio, se estima corresponde al 50% de todas las internaciones por estas causas ocurridas por año calendario. Hasta el 2005 los egresos hospitalarios se analizaban a cada 5 años, a partir de 2007 se registran y analizan anualmente.

En el 2008, último año con datos informados por el Ministerio de Salud, egresaron 55.798 mujeres internadas por aborto de hospitales públicos de todo el país. En el 2005 egresaron 68.869 mujeres por aborto. Este elevado número, que sólo refleja alrededor del 50% de todas las que se internaron por esta causa, da una idea de la magnitud o peso relativo del aborto en la salud de las mujeres. Si bien muchas de esas internaciones son casos graves pero con resolución médico-terapéutica exitosa, muchas requieren largas internaciones en servicios especiales como los de terapia intensiva por complicaciones severas como shock séptico, trombo embolismo pulmonar, cardiomiopatías, accidentes cerebro vasculares y otras. Esto indica el peso del aborto en el presupuesto público de salud y también en la salud o vida de las mujeres, algo que teniendo en cuenta su condición de prevenible en gran medida, lo hace aún menos aceptable tanto en términos económicos como humanos. El aborto realizado en condiciones seguras es una práctica médica con muy bajas o mínimas complicaciones o riesgos para la salud.

Respecto a la edad de las mujeres que se egresan por aborto en los hospitales públicos, abarca desde el grupo de 10 a 14 años de edad hasta los 50-54 años. En el 2008 se observó un leve aumento de la cantidad registrada en el grupo de 10 a 14 años en relación al 2005, esto es algo a atender en el futuro considerando el aumento de embarazos registrados en ese grupo de edad debido al aumento de las violaciones o abusos sexuales.

Como se mencionó anteriormente, muchas veces estas enfermedades graves terminan en la muerte de las mujeres pero no son clasificadas como MM ya que el origen inicial de la complicación que lleva a la muerte es encubierta porque sólo se menciona la enfermedad terminal y no la que la desencadenó.

Las enfermedades debidas a causas asociadas al embarazo, parto y puerperio constituyen un importante problema de salud que impacta sobre los servicios de salud y especialmente los públicos al que concurren la mayoría de las mujeres pobres. Considerando la cantidad de enfermedad y muerte que produce y que en la gran mayoría son evitables o prevenibles, el aborto constituye un grave problema de salud pública que requiere y exige una respuesta por parte del Estado como la adopción a la brevedad de políticas públicas para enfrentarlo.

MEDIDAS ADOPTADAS PARA DISMINUIR LA ENFERMEDAD Y MUERTE MATERNA

En general en el país las medidas o intervenciones para mejorar la salud materna no abarcan el reconocimiento del derecho a la salud de las mujeres limitándose al proceso de embarazo y parto. Las políticas públicas si bien siempre reconocieron la protección de la salud de las mujeres en relación al embarazo y parto estuvieron centradas en la omisión más que en acciones para que mujeres y hombres puedan decidir libremente.

Hasta el año 2002 cuando se aprueba la ley de Salud Sexual y Reproductiva, las intervenciones se limitaban a actuar a partir del embarazo. Con la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, se empiezan a incorporar intervenciones y acciones previas al embarazo e incluso todas las relativas a la salud sexual y reproductiva, incluido el asesoramiento sobre planificación familiar, la provisión gratuita de métodos anticonceptivos, el asesoramiento para la maternidad y otras. Esto que constituyó un avance muy importante aún no se ha implementado plenamente y no todas las mujeres conocen estos derechos y servicios, tampoco siempre acceden al uso de los anticonceptivos que eligen ni pueden a información y servicios.

Para poder decidir es necesario que mujeres y hombres reciban educación sexual integral desde el ciclo inicial de la educación y a lo largo de toda su formación. Esto que en el país está garantizado por la ley 26.150 desde el 2006 aún no se ha universalizado y es algo que impide ejercer plenamente los derechos reproductivos.

Para disminuir las enfermedades y muertes maternas además de la educación sexual integral y de los servicios de salud sexual y reproductiva, es necesario tener servicios de salud suficientes y de calidad para el control prenatal, la atención del parto y el puerperio. Las políticas públicas y programas para lograr esto deben ser consensuadas entre el gobierno nacional y los gobiernos provinciales y municipales, que son los que brindan a través de hospitales y centros asistenciales de su dependencia estos servicios. Como señalamos antes, Argentina tiene una buena cobertura de partos institucionales atendidos por profesionales capacitados, por eso la elevada RMM no guarda relación con los buenos índices de atención.

El 6 de octubre del 2004 en el Consejo Federal de Salud –COFESA– todos los ministros provinciales y el Ministro de Salud de la Nación firmaron un acta “Compromiso para la Reducción de la Mortalidad Materna en la Argentina” que incluía el compromiso de todos los ministros de salud de cumplir entre otros los siguientes:

- Promover acciones para garantizar a la población el derecho a adoptar decisiones libres de discriminación o violencia en Salud Sexual y Procreación Responsable, con énfasis en la prevención del embarazo no deseado, logrando una amplia cobertura en acciones de información y accesibilidad a insumos anticonceptivos.
- Que la mujer en situación de aborto no sea discriminada y reciba una atención humanizada, rápida, efectiva y con asesoramiento y provisión de insumos anticonceptivos. Garantizar el acceso a la atención del aborto no punible en los Hospitales Públicos dando cumplimiento a lo estipulado en el código penal.
- Fortalecer la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) para asegurar amplia cobertura, precocidad, periodicidad y calidad en el Control Prenatal y posterior control puerperal. Asegurar el trabajo en red para la interconexión con los otros niveles de complejidad.
- Garantizar una asistencia segura del parto, evitando intervenciones innecesarias en el parto normal, pero con la capacidad resolutive suficiente frente a las emergencias obstétricas, lo que incluye el suministro oportuno de sangre segura. Asegurar el derecho al acompañamiento en el parto, parto y puerperio.
- Garantizar disponibilidad del Equipo de Salud capacitado, en todos los lugares públicos y privados donde se asisten partos.
- Promover las mejoras necesarias en todos los niveles de atención para asegurar el acceso a la atención al parto, con las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales.
- Consolidar los sistemas de vigilancia que brindarán la información a los Comités de Análisis de Muerte Materna, promoviendo la difusión de las propuestas y diagnósticos surgidas de ellos.
- Conocer la epidemiología de cada realidad local para enfocar las acciones a los problemas prioritarios. (Desarrollo del Sistema Informativo Perinatal-SIP)
- Capacitar al Equipo de Salud, promoviendo actividades de educación continua en Servicio, para la resolución adecuada de las emergencias y patologías prevalentes, basados en las mejores evidencias científicas disponibles.

En base a este compromiso, el Ministerio de Salud de la Nación a través del COFESA presentó en mayo 2004 el Plan Federal de Salud 2004-2007 que incluía:

1. En "Situación actual de la salud" reconocía: "Las tasas de mortalidad materna e infantil descendieron entre 1990 y 2001, y la mortalidad materna se estabilizó, desde 1994, en torno a las 4 muertes por cada 10.000 nacidos vivos."

2. En "Un Sistema Sanitario que se debe modificar" señalaba: "A pesar de la tendencia decreciente, existen todavía, como ya hemos visto, amplias diferencias en las tasas de mortalidad materna e infantil, según jurisdicciones. En todas ellas, más de la mitad de las muertes son prevenibles con acciones oportunas, tales, como el control periódico del embarazo y una atención ambulatoria eficiente. Lo expresado es válido para gran parte de las patologías que generan altos grados de demanda de servicios (ginecología, gastroenterología, oftalmología, odontología, etc.)."

3. En el capítulo "Modelo de Atención" en el primer ítem "Acciones de Promoción y prevención" establece las siguientes metas:

b) Salud materna:

- Lograr en 4 años que la tasa de mortalidad materna del país disminuya en un 20% en relación con el valor del año 2002.
- Lograr en 4 años que la tasa de mortalidad materna de las jurisdicciones por encima del doble de la tasa nacional del año 2002 disminuya en un 50%.
- Lograr en 4 años que las jurisdicciones con una tasa de mortalidad materna no mayor al doble de la tasa nacional del año 2002 se acerquen a dicho valor.

- Lograr en 4 años que las jurisdicciones con una tasa de mortalidad materna por debajo de la media nacional del año 2002 reduzcan en un 50% su diferencia respecto a la jurisdicción con la tasa más baja.

c) Acciones sobre salud sexual y procreación responsable

- Implementar programas de salud sexual y procreación responsable en todas las jurisdicciones del país para el 2007; en este período lograr que al menos el 60% de los efectores de cada provincia se haya incorporado al programa y que al menos el 80% de los anteriores cuente con disponibilidad regular de insumos.
- Lograr en 4 años reducir en al menos un 20% el número de hospitalizaciones por aborto respecto a los valores del año 2000/2001.
- Lograr al 2007 que al menos el 60% de las mujeres en situación de post parto y post aborto sean referidas a los programas de salud sexual y procreación responsable de cada jurisdicción provincial.
- Lograr en 4 años que en todas las jurisdicciones se apliquen las normas, en estudio, para el tratamiento post aborto y violencia.
- Asegurar al 2007 que todas las mujeres, bajo programa provincial, hayan realizado al menos un PAP en los últimos 3 años.

4. Respecto al subcapítulo "Seguros de salud" del capítulo Modelo de Atención incluye "la estrategia de construcción de seguros provinciales de salud deben destacarse la reorientación de los recursos humanos y presupuestarios hacia esquemas que contemplen la identificación de población cubierta de acuerdo con criterios de riesgo y bajo responsabilidad nominal; la definición del conjunto de prestaciones garantizadas; la fijación de objetivos y metas sujetas a sustentabilidad económica, y la determinación de las responsabilidades jurisdiccionales.

Tal es el caso del Programa Nacional para el Desarrollo de Seguros de Salud Materno Infantiles Provinciales.

El Programa promueve la cobertura de los niños y niñas menores de 6 años, y de las mujeres embarazadas, que no tengan cobertura explícita de salud, hasta la finalización del embarazo por cualquier causa y hasta 45 días posteriores al mismo, inicialmente en las Regiones del NOA y NEA. Las nueve provincias han presentado su adhesión a esta iniciativa y se encuentran en la etapa inicial de implementación." y establece: "Se espera que la implementación de los Seguros Materno Infantiles Provinciales permita reducir las tasas nacionales de mortalidad infantil en un 25% y la de la mortalidad materna en un 15 % en relación a los valores correspondientes al año 2002 en el transcurso del próximo quinquenio."

El Plan Federal de Salud no ha sido evaluado o no se conocen resultados. Esto motivo a FEIM a efectuar un pedido de información pública al Ministerio de Salud de la Nación solicitando esa información, cuya fecha de respuesta aun no se cumplió.

Hasta tener esa respuesta, FEIM ha realizado un análisis de las metas del Plan que se pueden evaluar en base a la información estadística disponible del propio Ministerio de Salud.

ANÁLISIS DE LAS METAS PROPUESTAS EN EL PLAN FEDERAL DE SALUD 2004-2007

El Plan incorpora el análisis de la variación de indicadores en entre el 2002 y el 2007. A continuación se analizan los relativos a indicadores de Salud Materna:

- Lograr en 4 años que al menos el 60% de las mujeres embarazadas haya tenido un primer control precoz (durante el primer trimestre).

Este no es un dato del que existe un registro permanente. En el 2005 el Ministerio de Salud realizó una Encuesta sobre Nutrición y Salud que estudió la población de mujeres en edad reproductiva. Allí preguntaron a las mujeres que tuvieron un hijo en los últimos 3 años acerca del control prenatal. El 93,6% de las que tuvieron un hijo dijeron haber tenido por lo menos una consulta prenatal. El 88,6% realizó 5 o más controles prenatales, no pudiendo identificarse a partir de qué momento del embarazo iniciaron los controles. En el 2010 FEIM decía en el informe de los ODM que elaboro: "... este alto nivel de atención prenatal no se compatibiliza con las altas tasas de mortalidad materna ni con la persistencia de problemas como la eclampsia y otros..." y concluía "esto indica problemas en la calidad de estos controles por no ser eficaces". Decíamos también: "Se registran variaciones según provincias, es más bajo en el NOA y el NEA que en la Patagonia. Las adolescentes realizan menos control... y las multiparas suelen concurrir tardíamente al control prenatal". A la consideración de la calidad del control prenatal se agrega que se realizan tardíamente.

- Lograr en 4 años que la tasa de mortalidad materna del país disminuya en un 20% en relación con el valor del año 2002.

Esta meta no se logró, en el 2002 la RMM era 46,0x100.000 nacidos vivos y en el 2007 era 44,0. La reducción del 20% correspondería a 37,8 o menos en el 2007.

- Lograr en 4 años que la tasa de mortalidad materna de las jurisdicciones por encima del doble de la tasa nacional del año 2002 disminuya en un 50%.

En el 2002 tres jurisdicciones: Formosa, Jujuy y La Rioja tenían tasas el doble o más altas que la del país. En el 2007 hubo dos jurisdicciones, Formosa y La Rioja, que no la bajaron y una nueva La Pampa, por lo tanto no se logró disminuir el número.

- Lograr en 4 años que las jurisdicciones con una tasa de mortalidad materna no mayor al doble de la tasa nacional del año 2002 se acerquen a dicho valor.

En este caso en el 2002 había doce jurisdicciones y en el 2007 ocho jurisdicciones no lograron la reducción. Solo cuatro jurisdicciones lo lograron.

- Lograr en 4 años que las jurisdicciones con una tasa de mortalidad materna por debajo de la media nacional del año 2002 reduzcan en un 50% su diferencia respecto a la jurisdicción con la tasa más baja.

En el 2002 la tasa más baja fue de Chubut: 1,3 y las jurisdicciones con una tasa por debajo de la media nacional eran 7, de esas jurisdicciones 4 aumentaron su tasa y 3 la bajaron, pero solo 2 de las 7 jurisdicciones lograron reducir en un 50% su diferencia respecto a la jurisdicción con tasa más baja.

- Reducir en 4 años un 30% la prevalencia de anemia por déficit de hierro en la mujer embarazada.

Este dato no se registra por tanto no se puede obtener con la información publicada periódicamente por el Ministerio de Salud y no existe otra información disponible.

Acciones en salud sexual y reproductiva:

- La primera, respecto a implementar el programa de salud sexual y reproductiva en todas las jurisdicciones del país, se logró. Sin embargo su aplicación es muy dispar así como la disponibilidad de insumos.

- La segunda, reducir en al menos un 20% el número de egresos por aborto respecto al año 2000. En el 2000 estos egresos fueron 78.894, en el 2005 fueron 68.869, esto implica una reducción del 12.7% o sea que no se logró la meta.

- En tercer lugar, se planteó que al menos el 60% de las mujeres en situación de post parto y post aborto sean referidas a los programas de salud y procreación responsable de cada jurisdicción. La norma de atención post-aborto se aprobó por resolución en el año 2005 y se sabe se realizan talleres de capacitación del personal por parte del Ministerio de Salud de la Nación, pero no hay información disponible sobre su aplicación. Además no existe información sobre la derivación y efectiva concurrencia de

mujeres en situación de alta por parto que fueron derivadas y concurren al servicio de salud sexual y reproductiva. Se desconoce si existe capacitación y promoción de esto por parte del Ministerio Nacional y/o los provinciales al personal de salud.

- En cuarto lugar, que todas las jurisdicciones apliquen las normas para el tratamiento post aborto y violencia. Respecto al primero la norma fue reglamentada en 2005, pero no hay información sobre la aplicación por parte de las provincias. Respecto a violencia en el 2008 se elaboró un primer protocolo nacional de atención a víctimas de violencia sexual que se debió revisar y desde fines del 2010 se informa que esta terminado pero no se reglamentó aún ni se difundió, por tanto las provincias no pueden aplicarlo.

- Respecto a la meta que todas las mujeres bajo programas provinciales hayan realizado un PAP en los últimos 3 años, este dato no existe e incluso todavía no es posible conocer el número de mujeres bajo programa.

Seguros de Salud:

- Este subcapítulo se refería a las nueve provincias del NOA y NEA en que se inició la aplicación pero el comienzo recién empezó en el 2005-2006 y por eso no hay datos al 2007 para comparar.

En síntesis podemos decir que sin contar con una evaluación por parte del Ministerio de Salud, la evaluación que FEIM pudo hacer evidencia que los logros fueron pocos. Un Plan como este en el que se fijan metas se programan y efectúan evaluaciones periódicas, se desconocen si las hubo y sus resultados.

En el 2007 se produjo el cambio de autoridades por las elecciones presidenciales, si bien solo cambió la titular de la Presidencia de la nación, no el partido político, en el Ministerio de Salud se produjeron cambios de su titular y de planes y orientación. Esto produjo la presentación en el 2009 de un nuevo "Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno-Infantil, de las mujeres y los adolescentes" que incorporó modificaciones en las acciones y metas en relación al Plan federal de Salud. Este nuevo plan planteó estas metas:

1. Mortalidad Materna: reducir la tasa al 2011 a 33,0 por 100.000 nacidos vivos.
2. Tasa específica muertes por abortos: reducir al 2011 a 7,8 por 1.000 nacidos vivos.
3. Una reducción de la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino de 7,5 por 100.000 nacidos vivos en 2007 a 7 por 100.000 en el 2011.

Al respecto no es posible evaluar ninguna de ellas ya que las últimas tasas oficiales difundidas por el Ministerio de Salud de la Nación son del 2009 o 2008. Además este Plan específico del 2009 no se sabe si continúa aplicándose actualmente y en caso que esto ocurra será difícil en el futuro evaluarlo en relación al del 2004-2007 porque no proponen las mismas acciones ni metas.

FEIM espera la respuesta del Ministerio de Salud para hacer una evaluación en mayor profundidad, pero tenemos que señalar que no hubo avances respecto a la salud de las mujeres y que las políticas aplicadas fueron cambiantes e inestables y no significaron una mejora de la salud de las mujeres en el país en términos de menos enfermedad y muertes maternas.

Buenos Aires, 27 de Mayo de 2011