

Título: Descripción del patrón de comportamiento de los indicadores de control integral de embarazo y salud materno neonatal en mujeres y sus hijos recién nacidos asistidos en el Hospital Distrital de San Pedro de Guasayán, Santiago del Estero antes (Mayo 2009- Abril 2011) y después (Mayo 2011-Abril 2013) de la implementación de la Asignación por Embarazo para Protección Social.

Título abreviado: [Control integral de embarazo y salud materno neonatal en San Pedro de Guasayán antes y después de la implementación de la Asignación por Embarazo.](#)

Autora: TABOADA, MARÍA BEATRIZ DELVALLE, Médica rural.

Lugar de realización: Hospital Distrital de San Pedro de Guasayán, Departamento Guasayán, Santiago del Estero, República Argentina.

Dirección: Calle Sarmiento S/N, San Pedro de Guasayán, Departamento Guasayán, Santiago del Estero, República Argentina. CP: 4238.

Celular: 0385-155192453

E-mail: maritaboada2@hotmail.com

Fecha de realización: Mayo de 2014 a Mayo de 2015. Inédito.

Tipo de trabajo: de investigación.

Enfoque: Cuantitativo.

Categoría Temática: Epidemiología.

Fuente de financiamiento: el presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo del programa de becas "Ramón Carrillo-Arturo Oñativia", categoría individual, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga.

Resumen

Título: Descripción del patrón de comportamiento de los indicadores de control integral de embarazo y salud materno neonatal en mujeres y sus hijos recién nacidos asistidos en el Hospital Distrital de San Pedro de Guasayán, Santiago del Estero antes (Mayo 2009- Abril 2011) y después (Mayo 2011-Abril 2013) de la implementación de la Asignación por Embarazo para Protección Social.

TABOADA, MARIA B.

Hospital Distrital de San Pedro de Guasayán. Calle Sarmiento S/N, San Pedro de Guasayán, Departamento Guasayán, Santiago del Estero, República Argentina. CP: 4238. 0385-155192453
maritaboda2@hotmail.com

Trabajo de investigación con enfoque cuantitativo

Epidemiología

Las mujeres no se realizaban los controles prenatales necesarios. Argentina cuenta con políticas públicas que buscan mejorar los índices de morbimortalidad materna infantil, entre ellas la Asignación por Embarazo para Protección Social (AEPS).

Analizar el comportamiento de los indicadores de control integral del embarazo y de salud materno neonatal en las mujeres y sus hijos recién nacidos asistidos en el Hospital de San Pedro de Guasayán, antes (Mayo 2009- Abril 2011) y después (Mayo 2011- Abril 2013) de la implementación de la AEPS. Estudio de corte transversal en periodos consecutivos.

Población: Embarazadas y sus hijos recién nacidos, **elegibles** para la AEPS. Análisis estadístico: Test exacto de Fisher considerándose diferencia significativa $p \leq 0.05$.

Resultados: Se estudiaron: Periodo Antes N=73, Periodo Después N=53. Existe evidencia para asegurar que hay diferencia significativa en el periodo después en las variables: consejería integral ($p=0.0277$), infección urinaria/vaginal ($p=0.0356$), periodo intergenésico corto ($p=0.0003$), ningún control prenatal ($p=0.0396$), prematurez ($p=0.042$).

Conclusiones: Las diferencias significadas encontradas son a favor del periodo después de la AEPS. **Propuestas:** reforzar la capacitación del recurso humano en adecuado control del embarazo, diagnóstico precoz de factores de riesgo, importancia de los registros como documentos éticos y legales. *

Palabras claves: Protección social, asignación por maternidad, morbimortalidad materna, morbimortalidad infantil.

Soporte técnico: proyector y pantalla.

Nota: Total de palabras: 195.

Introducción

El Hospital Distrital de San Pedro de Guasayán, en el año 2013 tenía una población de 3000 habitantes, de las cuales 650 de mujeres se encontraban en edad fértil (Resumen General de Ronda N° 2 al 31/08/13). Se observó que las mujeres no se realizaban los controles prenatales necesarios para un control integral del embarazo. Nuestro país cuenta con políticas públicas que buscan mejorar los índices de morbi-mortalidad materna infantil, entre ellas la Asignación por Embarazo para Protección Social (AEPS) que busca mejorar la accesibilidad a los servicios de salud implementada en mayo de 2011. En San Pedro se desconocía si la implementación de la misma aumentó los controles de salud integral del embarazo y si se modificaron los índices de morbimortalidad materna e infantil que se encuentran asociados a problemas en el acceso a los servicios de salud. Este estudio permitió analizar el comportamiento de los indicadores de control integral del embarazo y de salud materno neonatal antes y después AEPS.

Objetivo general: Analizar el comportamiento de los indicadores de control integral del embarazo y de salud materno neonatal en las mujeres y sus hijos recién nacidos asistidos en el Hospital Distrital de San Pedro de Guasayán, Santiago del Estero, antes (Mayo 2009- Abril 2011) y después (Mayo 2011- Abril 2013) de la implementación de la asignación por embarazo para protección social (AEPS).

Objetivos específicos:

- Comparar el grado de adherencia de las mujeres embarazadas asistidas en el Hospital Distrital de San Pedro de Guasayán en el periodo previo (Mayo 2009- Abril 2011) y posterior (Mayo 2011- Abril 2013) a la implementación de la AEPS.
- Comparar la *frecuencia de complicaciones maternas* en las mujeres asistidas en el Hospital Distrital de San Pedro de Guasayán en el periodo previo (Mayo 2009- Abril 2011) y posterior (Mayo 2011- Abril 2013) a la implementación de la AEPS.
- Comparar la *mortalidad materna* en las mujeres asistidas en el Hospital Distrital de San Pedro de Guasayán en el periodo previo (Mayo 2009- Abril 2011) y posterior (Mayo 2011- Abril 2013) a la implementación de la AEPS.
- Comparar la *frecuencia de prematurez y de bajo peso al nacer en recién nacidos de madres* asistidas en el Hospital Distrital de San Pedro de Guasayán en el periodo previo (Mayo 2009- Abril 2011) y posterior (Mayo 2011- Abril 2013) a la implementación de la AEPS.

- Comparar la *frecuencia de internación por patologías neonatales de recién nacidos de madres* asistidas en el Hospital Distrital de San Pedro de Guasayán en el periodo previo (Mayo 2009- Abril 2011) y posterior (Mayo 2011- Abril 2013) a la implementación de la AEPS.
- Comparar la *incidencia de los problemas respiratorios en neonatos internados de madres* asistidas en el Hospital Distrital de San Pedro de Guasayán en el periodo previo (Mayo 2009- Abril 2011) y posterior (Mayo 2011- Abril 2013) a la implementación de la AEPS.
- Comparar la *mortalidad neonatal en recién nacidos de madres* asistidas en el Hospital Distrital de San Pedro de Guasayán en el periodo previo (Mayo 2009- Abril 2011) y posterior (Mayo 2011- Abril 2013) a la implementación de la AEPS.

Marco conceptual:

Mortalidad materna: un indicador de injusticia social, la inequidad de género y la pobreza

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el año 2000 estableció ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), entre ellos están la reducción de la mortalidad infantil (ODM 4) y la mejora de la salud materna (ODM5). Con respecto a este último, los países se comprometieron a reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015.

Si bien desde 1990, la mortalidad materna ha disminuido en un 47% (1), en el mundo mueren unas 800 mujeres por día, por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. El 99% de estas muertes, ocurren en los países de bajo y mediano ingreso, lo que evidencia una situación de gran desigualdad social. Por este motivo, se considera que la mortalidad materna es un indicador de la injusticia social, la inequidad de género y la pobreza, el cual se encuentra estrechamente relacionado con las dificultades de acceso a la educación y a los servicios de atención médica especializados. Se considera que “la mortalidad materna e infantil constituye un incumplimiento de los Derechos Humanos de las mujeres y de los niños y niñas” (2).

A nivel de América Latina, la inequidad permanece como uno de los problemas de impacto en salud más importantes de la región. Los mejores resultados en la salud materno-infantil regionales se observan en los quintiles de menores ingresos. El enfrentamiento y la disminución de la brecha en salud para los quintiles extremos han tenido resultados positivos en algunos países de la región. El mayor acceso a niveles superiores de educación y la mayor inversión en la salud pública con programas específicos para los sectores más

vulnerables, son los factores comunes para los países con mejores resultados como sucede en Chile, Costa Rica y Cuba (3).

En Argentina, los resultados de la salud materna, infantil, de las adolescentes y de las mujeres no son aún satisfactorios, la distribución es muy desigual: la probabilidad de morir de una mujer embarazada o su hijo recién nacido es muy desigual a lo largo del país. En el norte argentino, las tasas de mortalidad materna y neonatal duplican o incluso triplican las que se observan en la ciudad de Buenos Aires o en el Región Patagónica.

El informe "Salud en las Américas 2012" de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) destaca que en Argentina "la tasa de mortalidad infantil descendió de 25,6 por mil nacidos vivos en 1990 a 12,1 en 2009", lo que representa una baja de 52,7%. Entre 1990 y 2008, "la mortalidad materna no ha presentado cambios, oscilando entre 40 a 42 muertes anuales por 100.000 nacidos vivos, con importantes diferencias entre y dentro de las provincias (es dos a tres veces más alta en las provincias más pobres, respecto al promedio nacional)". En 2009, la mortalidad materna alcanzó a 5,5 por diez mil nacidos vivos, un aumento de 38,5% atribuido a la pandemia de la gripe A H1N1 (4). "Los datos de 2011 confirma que la tendencia de la Razón de Mortalidad Materna en el País se asemeja a una meseta y que la situación de mortalidad materna no ha variado significativamente en los últimos veinte años" (5).

Implementación de la Asignación por Embarazo para Protección Social (AEPS) como forma de mejorar la cobertura de la embarazada

La cobertura en el ámbito de la seguridad social debe ser atendida desde el comienzo de la gestación, para brindar a embarazada programas que mejoren su acceso oportuno a prácticas de diagnóstico y tratamiento, disminuyendo de esta forma los índices de mortalidad maternal, perinatal, neonatal e infantil. Las tasas de mortalidad son superiores en los estratos de ingresos más bajos, lo que indica que hacer universales los programas públicos, es una cuestión de equidad y justicia social.

En la República Argentina la Ley N° 24.714 instituyó con alcance nacional y obligatorio un Régimen de Asignaciones Familiares otorgando distintas prestaciones destinadas a la protección del grupo familiar. La adopción de políticas públicas que permitan mejorar la situación de vulnerabilidad social es una obligación del Estado Nacional.

En nuestro país se han observado resultados positivos en la reducción de la pobreza luego de la incorporación la Asignación Universal por Hijo para Protección Social (6).

La AEPS propicia la cobertura de las mujeres embarazadas carentes de cobertura médica por encontrarse desocupadas o trabajando en la economía informal (Decreto N°: 446/11).

En su artículo 6º la ley establece que la AEPS se abonará desde la decimosegunda semana de gestación hasta el nacimiento o interrupción del embarazo, siempre que no exceda de seis mensualidades. Prevé requisitos a la beneficiaria que deberá:

- a) Presentar la solicitud respectiva dentro del período indicado en el artículo que antecede a través del Formulario PS 267 de la ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSES).
- b) Acreditar el estado de embarazo mediante la inscripción en el Plan Nacer/SUMAR del Ministerio de Salud.
- c) Acreditar que tanto ella como su cónyuge o concubino son desocupados, o monotributistas sociales o se desempeñen en la economía informal o en el servicio doméstico percibiendo una remuneración igual o inferior al salario mínimo, vital y móvil.
- d) No encontrarse alcanzada por alguna de las incompatibilidades mencionadas en el artículo 9º del Decreto N° 1602/09, ni ser beneficiarios de ninguna otra asignación familiar, excepción hecha de la Asignación Universal por Hijo.
- e) No tener cobertura de Obra Social, a menos que la embarazada, su cónyuge o concubino sean monotributistas sociales, personal del servicio doméstico o trabajadores de temporada declarados con reserva de puesto de trabajo.
- f) Cumplir con las demás exigencias del Decreto 235/2011 ANSES.

La AEPS se abona a las titulares en forma mensual a través del sistema de pagos de la ANSES a partir del 1º de mayo de 2011. El 80% se percibe durante la gestación y el 20 % restante luego del nacimiento o interrupción del embarazo. Para esto debe realizarse *“el control integral del embarazo”* registrado en el carnet perinatal, que incluye: calendario de controles prenatales, estudios serológicos, 2 ecografías, esquema de vacunación del embarazo, el puerperio y del recién nacido.

La salud materna e implementación de AEPS en Santiago del Estero

En el año 2010 en Santiago del Estero la Tasa de Mortalidad Infantil fue de 14 por cada 1.000 nacidos vivos y la Nacional de 11, 9 por cada 1.000 nacidos vivos (7). Las causas más frecuentes son el bajo peso y la prematuridad. Las muertes de niños menores de 1 año de edad representan el 24,5% de los años de vida potenciales perdidos en nuestro País, para

Santiago del Estero es de 26,2% (8). Para el mismo año la Razón de Mortalidad Materna fue 2,6 por 10.000 nacidos vivos y la Nacional de 4,4 por 10.000 nacidos vivos (7). Las causas más frecuentes son los abortos y los estados hipertensivos (8).

En el año 2011 la Tasa de Mortalidad Materna en Santiago del Estero fue 5,5 por 10.000 nacidos vivos y la Nacional de 4,0 por 10.000 nacidos vivos. La Tasa de Mortalidad Infantil fue de 11,7 por cada 1.000 nacidos vivos, igual que la Nacional (9). Se puede observar el aumento en la razón de mortalidad materna en la Provincia y la disminución de la tasa de mortalidad infantil.

Definiciones teóricas de las variables:

Asignación por Embarazo para Protección Social (AEPS): es una política de inclusión social destinada a proteger a las mujeres embarazadas y a los hijos por nacer, particularmente a aquellas carentes de cobertura médica por encontrarse desocupadas o trabajando en la economía informal, a través de la mejora del acceso a programas públicos de atención de diagnóstico y tratamiento oportuno (6).

Edad de la embarazada: edad según la fecha de nacimiento que figura en su DNI.

Grado de instrucción: grado de instrucción respecto a la educación formal.

Paridad: cantidad de hijos que tiene la mujer.

Embarazo programado: si fue un embarazo buscado por la mujer y/o pareja.

Domicilio: lugar real en que vive, independiente del que figura en el DNI.

Controles del embarazo: “El objetivo del control prenatal (CPN) es hacer prevención primaria y secundaria de patologías que pueden comprometer el embarazo, el parto o la salud del recién nacido. Debe ser precoz, continuo, completo (abarcando todos los aspectos preventivos) y accesible para todas las embarazadas (geográfica y culturalmente)” (10).

Consejería integral: “Se debe educar a las mujeres embarazadas sobre la importancia de la alimentación y tomar ácido fólico hasta el final del primer trimestre (Recomendación A); sobre los efectos beneficiosos del ejercicio físico; a cerca de los riesgos potenciales del cigarrillo sobre la salud del feto y del recién nacido (Recomendación A); sobre los riesgos del consumo de alcohol (Recomendación B)” (10).

Control ecográfico: “La ecografía obstétrica es un excelente estudio para estimar la edad gestacional fetal. Si se realiza en el primer trimestre el error es de una semana

aproximadamente. Es también un buen método para el diagnóstico de patología, para evaluar bienestar fetal” (10).

Análisis de laboratorio: “Se debe realizar el rastreo de anemia en el embarazo, de sífilis, VIH-SIDA, Hepatitis B, Chagas y Toxoplasmosis para detectar patologías precozmente” (10).

Esquema de vacunación en el embarazo: “Vacuna antitetánica en el 5° y 7° mes de embarazo en las primíparas. Las embarazadas que hayan recibido un esquema completo en los últimos 5 años no requieren refuerzo. Si transcurrió más de 5 años o el esquema no fue completo puede indicarse un refuerzo en el 7° mes. Se recomienda la vacuna antigripal durante la época de gripe” (10).

Esquema de vacunación en el puerperio: “En 2006 el Ministerio de salud de la República Argentina incluyó dentro del Calendario de Vacunación la vacuna doble viral (sarampión y rubéola) para las puérperas y las mujeres que hayan sufrido un aborto (post-aborto inmediato)”.

Esquema de vacunación en el recién nacido: “Inmunización con la vacuna antihepatitis B se recomienda al nacimiento junto con la BCG” (11).

Terminación del embarazo: Si la terminación del embarazo fue por vía vaginal o cesárea.

Mortalidad materna: “Es la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con el embarazo, pero no por causas accidentales o incidentales” (7).

Mortalidad infantil: “La mortalidad infantil comprende la mortalidad de menores de un año. Se llama mortalidad neonatal a la ocurrida en el transcurso de los primeros 27 días de vida y la expresión mortalidad post-neonatal designa la ocurrida desde el fin del período neonatal hasta la edad de un año” (7).

Morbilidad materna: “Las causas maternas constituyen las principales causas de incapacidad, enfermedad y muerte entre las mujeres en edad reproductiva en los países en desarrollo” (12). La morbilidad materna aguda y severa (MMAS) o *near miss* pone en riesgo la vida de la mujer durante la gestación o dentro de los 42 días posteriores al nacimiento, debido a cualquier etiología relacionada o agravada por el embarazo o como consecuencia de su manejo (13).

Morbilidad infantil: “El riesgo de muerte del niño es mayor durante el periodo neonatal (los primeros 28 días de vida). La mayoría de los fallecimientos neonatales se deben a partos

prematuros, asfixias durante el parto (incapacidad para respirar en el momento del parto) e infecciones” (14).

Materiales y métodos

Tipo de estudio y diseño: estudio de corte transversal en periodos consecutivos (Mayo 2009- Abril 2011) y (Mayo 2011- Abril 2013).

Definición operacional de las variables y categorías:

Asignación por Embarazo para Protección Social (AEPS): que la mujer haya percibido la AEPS. Constatada por llenar el Formulario PS 267-ANSES y que la mujer manifieste que cobro la misma.

Edad de la embarazada: edad cumplida en años al día del primer control prenatal (CPN).

Grado de instrucción: grado de instrucción de la embarazada al día del primer CPN. Expresándose como Analfabetismo (que no sepa leer ni escribir); Nivel Primario, Nivel Secundario (o su Equivalente EGB), Nivel Terciario o Universitario, completo o incompleto.

Paridad: número de hijos que tiene la mujer al día del primer CPN.

Embarazo programado: si la mujer buscó el embarazo o no.

Domicilio: lugar real en que vive, localidad del Departamento Guasayán (Santiago del estero), Santa Rosa (Catamarca) o Graneros (Tucumán).

Controles del embarazo adecuado: tener realizados por lo menos cinco CPN con intervalos de al menos un mes y que estén registrados en la HCPN.

Consejería integral: cuando la mujer haya recibido información y asesoramiento en salud sexual y reproductiva, en el cuidado de la salud de la mujer y la de su hijo/a. Según conste en HCPN (SI o NO).

Control ecográfico adecuado: tener realizadas como mínimo dos ecografías obstétricas, en el primer y segundo trimestre.

Análisis de laboratorio completos: cuando tenga realizado hematocrito y hemoglobina, más la serología para VDRL, HIV, Hepatitis B, Chagas y Toxoplasmosis en el primer o segundo trimestre y en el antepenúltimo CPN.

Esquema de vacunación en el embarazo completo: tener aplicada la vacuna antigripal en cualquier trimestre de la gestación y la vacuna doble adultos en los esquemas incompletos.

Esquema de vacunación completo en el puerperio: haber recibido la vacuna antigripal si no la recibió en el embarazo, la vacuna doble adultos en los esquemas incompletos y la vacuna doble viral o triple viral en el posparto: si no tuviese una dosis en la última campaña.

Esquema de vacunación completo en el recién nacido: tener aplicada la vacuna BCG antes de dar el alta del hospital o en los 10 primeros días de vida y la vacuna Hepatitis B antes de las 12 horas de vida.

Terminación del embarazo: terminación por vía vaginal o cesárea.

Mortalidad materna: se utilizará como indicador la razón de mortalidad materna: mujeres fallecidas por causas relacionadas al embarazo, parto o puerperio controladas en el Hospital de San Pedro entre Mayo de 2009 a Abril de 2013.

Mortalidad infantil: se utilizará como indicador la tasa de mortalidad infantil, RN fallecidos hijos de las mujeres controladas en el Hospital de San Pedro entre Mayo de 2009 a Abril de 2013.

Morbilidad materna: se considerará todas las complicaciones o enfermedades que se producen durante el embarazo, parto o puerperio que afectan la salud de las Mujeres (hipertensión arterial/eclampsia, Diabetes gestacional, convulsiones, infecciones urinarias, sepsis puerperal, anemia, edad materna, etc.).

Morbilidad infantil: se considerará todas las complicaciones en el periodo perinatal, neonatal y posnatal (edad materna, edad gestacional al producirse el parto, parto prematuro, RN bajo peso, RN bajo peso para la edad gestacional, problemas respiratorios, etc.).

Prematurez: se considera RN prematuro al que nace antes de 38 semanas de gestación.

Recién nacido bajo peso (RNBP): se considera RNBP al RN que pese menos de 2500 gramos al nacer.

Problemas respiratorios en el recién nacido: se considerarán los problemas respiratorios que presenten los RN, relacionados a la asfixia perinatal, a la prematurez, a los trastornos de circulación pulmonar e infecciones respiratorias.

Descripción del ámbito de estudio:

Ubicación espacial: San Pedro de Guasayán está ubicado en el Departamento Guasayán, Provincia de Santiago del Estero, República Argentina. Cuenta con un Hospital Distrital que es cabecera y el único en el Departamento Guasayán, donde se realiza principalmente atención primaria y secundaria. Se realizan CPN a 50 mujeres por año y 13 partos anuales (promedios de los últimos 5 años). De los embarazos controlados el 26 % de partos se atienden en este Hospital y el resto se deriva a centro de mayor complejidad Hospital Zonal de Frías, Choya (distante a 80 km.) o al Hospital Regional de la Capital (a 128 km.) No hay

clínicas privadas en la localidad. Cuenta con 9 Puestos Sanitarios distribuidos en el interior Departamento.

Ubicación temporal: años 2009- 2013.

Población objetivo: Mujeres embarazadas y sus hijos recién nacidos, **elegibles** para la AEPS, que hayan sido controladas y/o asistidas en el Hospital Distrital de San Pedro de Guasayán desde Mayo de 2009 a Abril de 2013. Se consideró mujer embarazada **elegible** a las mujeres que cumplieran con los siguientes requisitos:

- Acreditar que tanto ella como su cónyuge o concubino son desocupados, o monotributistas sociales o se desempeñen en la economía informal o en el servicio doméstico percibiendo una remuneración igual o inferior al salario mínimo, vital y móvil.
- No encontrarse alcanzada por alguna de las incompatibilidades mencionadas en el artículo 9º del Decreto Nº 1602/09, ni ser beneficiarios de ninguna otra asignación familiar, excepción la Asignación Universal por Hijo.
- No tener cobertura de Obra Social.

Unidad de análisis: Mujeres embarazadas y sus hijos recién nacidos, que hayan sido controladas y/o asistidas en el Hospital Distrital de San Pedro de Guasayán desde Mayo de 2009 a Abril de 2013.

Criterios de inclusión: Mujeres embarazadas **elegibles** para la **AEPS** que hayan sido controladas y/o asistidas en el Hospital Distrital de San Pedro de Guasayán desde Mayo de 2009 a Abril de 2013, que la gestación *haya terminado en parto* (vaginal o cesárea), independientemente del Centro de Salud (Hospitales de San Pedro, Frías o Regional).

Criterios de exclusión: Mujeres embarazadas que no accedieron a inscribirse en el Plan Nacer.

Muestra: Se incluyeron todas las mujeres embarazadas **elegibles** que presentaron al menos un control prenatal, fueron asistidas en el momento del parto, o se realizó el control del alumbramiento en el Hospital Distrital de San Pedro de Guasayán entre 2009 y 2013.

Análisis de sesgos: La variación en el comportamiento de los indicadores puede deberse a factores distintos a la implementación de la AEPS. Para incrementar la comparabilidad de los grupos en los dos periodos de referencia, se restringió la población a aquellas mujeres que cumplan criterios de elegibilidad de la AEPS. Uno de los sesgos es el relacionado a la recolección de información, que las historias clínicas recientes presenten mayor información que las de periodos anteriores, generando sobre-estimación de indicadores posteriores

debido únicamente a un mejor registro de datos. Para salvar esta situación, se realizó el entrecruzamiento con otras fuentes secundarias y se obtuvo los datos no registrados en las HCPN.

Los datos fueron obtenidos de fuentes secundarias: HCPN, cuadernos del Servicio de APS y de Laboratorio, hojas de derivación y carnet de vacunación de RN del Hospital de San Pedro de Guasayán; Historias clínicas de internación.

Se construyó una planilla *ad hoc* para recolectar las variables de interés, fueron registrados en una base de datos (Microsoft Excel) por la Autora.

Para el análisis estadístico de las variables se usó el Test exacto de Fisher considerándose significativo $p \leq 0.05$.

Consideraciones éticas: Se solicitó autorización del Director del Hospital para realizar la investigación. La Autora respetó la letra y el espíritu de la Declaración de HELSINKI de la Asociación Médica Mundial y la Ley Nacional 25.326 de Protección de Datos Personales.

Resultados

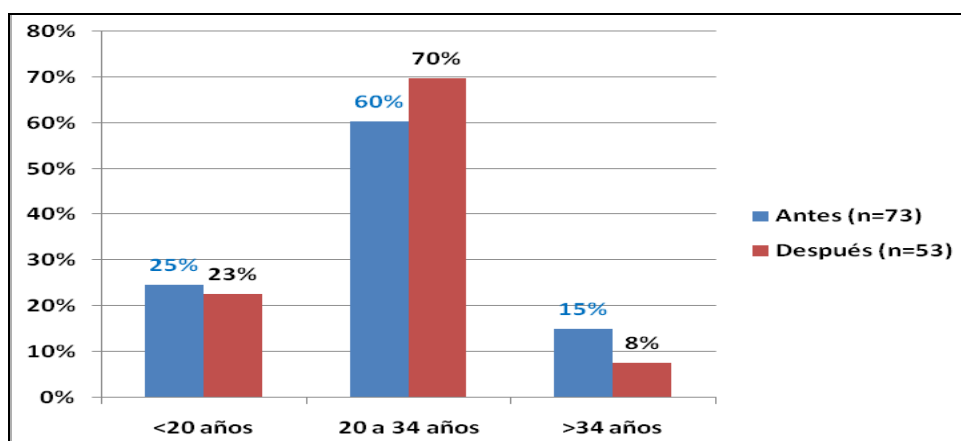
Datos obtenidos en el Periodo Antes Mayo 2009- Abril 2011 (N=73)

La primera variable en estudio **Asignación por Embarazo para Protección Social (AEPS)**, en este periodo no existía la política pública, por lo cual se incluyó en el estudio solo las **“Mujeres embarazadas elegibles para la AEPS”**, si en ese momento hubiera existido la misma. Para ello se realizó un entrecruzamiento de datos con la base de Plan Nacer para poder identificar las mismas. De **101** mujeres que se controlaron el embarazo en el Hospital Distrital de San Pedro de Guasayán, serían **“mujeres embarazadas elegibles”** para AEPS **73**. De estas 73 HCPN ocho (11%) estaban completas, el resto se tuvo que entrecruzar los datos con las otras fuentes secundarias. Se realizaron 28 partos en el Hospital de San Pedro de Guasayán (38%). Los otros fueron derivados a centro de mayor complejidad.

Datos obtenidos en el Periodo Después Mayo 2011- Abril 2013 (N=53)

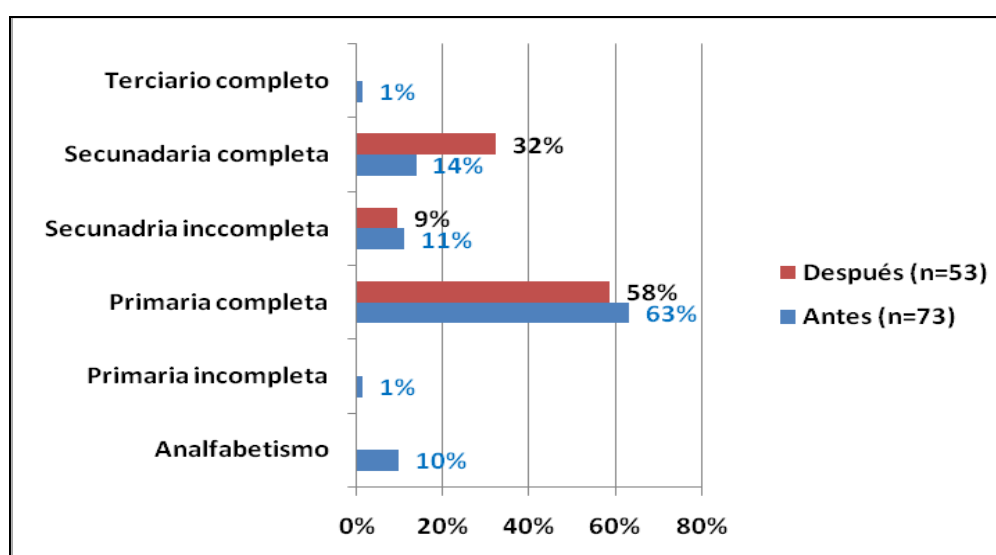
De 78 mujeres que se controlaron el embarazo en el Hospital Distrital de San Pedro de Guasayán, fueron **“mujeres embarazadas elegibles”** para AEPS **53**. De estas 53 HCPN solo la tercera parte estaban completas, las demás se entrecruzaron los datos con las otras fuentes secundarias y la base de datos de Plan Nacer (SUMAR). Se realizaron 19 partos en el Hospital de San Pedro de Guasayán (36%), fueron derivados a centro de mayor complejidad 32 mujeres (60%) y dos mujeres tuvieron partos domiciliarios (4%), siendo el puerperio controlado en el Hospital.

Gráfico 1: Frecuencia de mujeres por grupo de edad en el Periodo Antes Mayo 2009- Abril 2011 (N=73) y el Periodo Después Mayo 2011- Abril 2013 (N=53).



La **edad de la embarazada** se categorizó en tres grupos etarios según riesgo: menores de 20 años, entre 20 y 34 años, y mayores de 34 años. Siendo en ambos periodos el grupo etario más frecuente entre 20 y 34 años 60% (44) y 70% (37) respectivamente. Seguido del grupo etario menor de 20 años en el periodo antes 25% (18) y en el periodo después 23% (12). Encontrándose que los periodos presentan grupos etarios homogéneos (Test exacto de Fisher $p=0.404$).

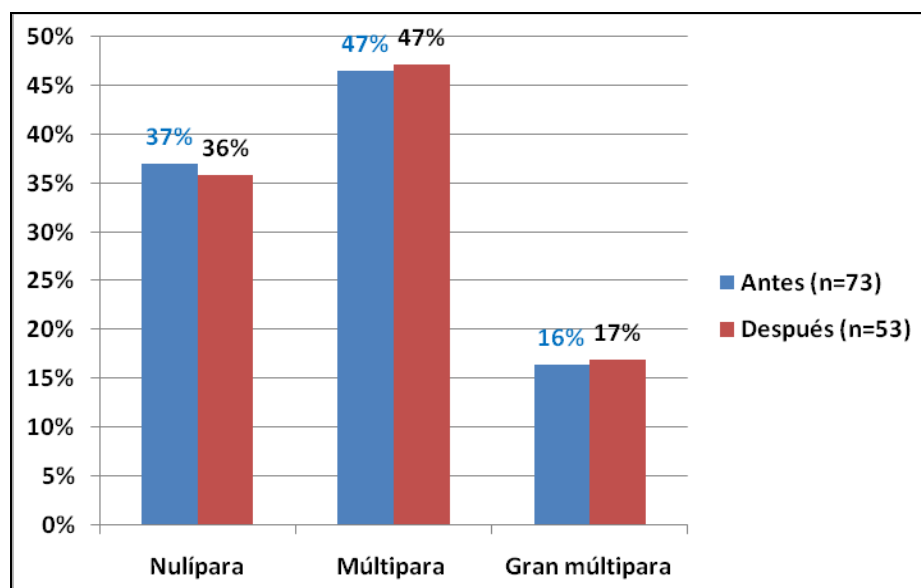
Gráfico 2: Frecuencia de mujeres según nivel de instrucción en el Periodo Antes Mayo 2009- Abril 2011 (N=73) y el Periodo Después Mayo 2011- Abril 2013 (N=53).



Tanto en el periodo antes como después la categoría más frecuente fue nivel de instrucción primaria completa 58% (46) y 63% (31) respectivamente. La categoría secundaria incompleta se presentó en el 11% (8) y 9% (5) respectivamente. La categoría secundaria completa se

presentó en el 14% (10) y 32% (17) respectivamente. Respecto a las categorías analfabetismo, primaria incompleta y terciaria completa no se presentaron en el periodo después. No existe evidencia suficiente para asegurar que estas proporciones sean significativamente diferente (Test exacto de Fisher $p=0.282$).

Gráfico 3: Frecuencia de mujeres según número de hijos en el Periodo Antes Mayo 2009- Abril 2011 (N=73) y el Periodo Después Mayo 2011- Abril 2013 (N=53).



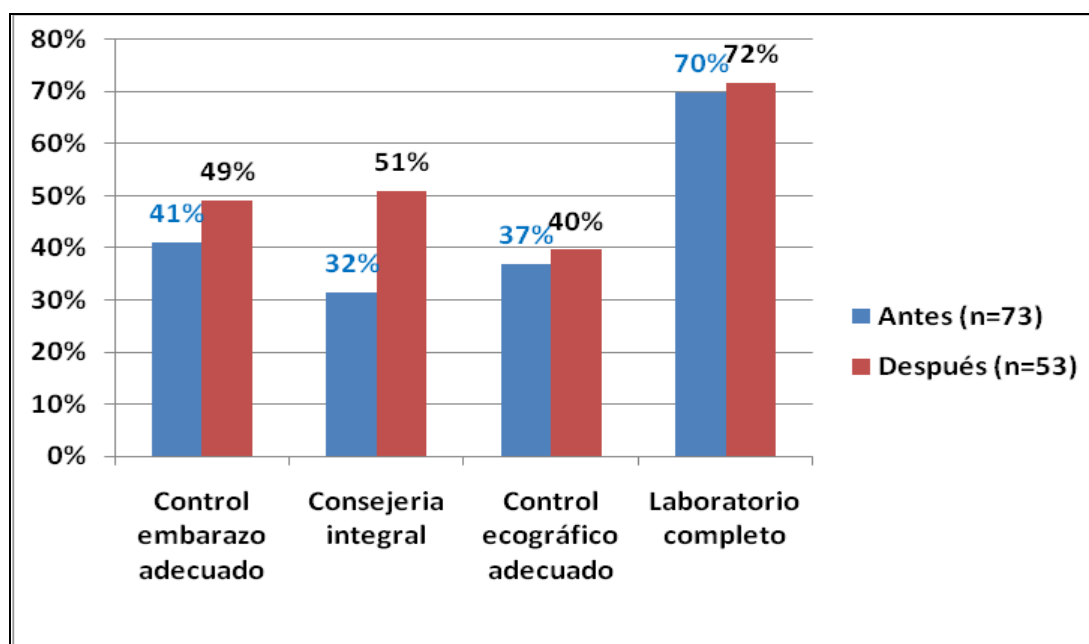
En el gráfico se observa que tanto en el periodo antes (47%, 34) como después (47%, 25) hay mayor proporción de múltiparas, seguido de nulíparas con el 37% (27) y el 36% (19) respectivamente. No existe evidencia suficiente para asegurar que la paridad sea significativamente diferente entre los periodos estudiados (Test exacto de Fisher $p=0.99$).

Respecto a la frecuencia de **mujeres con embarazo programado y no programado**, el embarazo no programado se presentó en el 64% de las mujeres (23) en el periodo antes (N=73) y en el 57% (30) en el periodo después (N=53). No existe evidencia suficiente para asegurar que estas proporciones sean significativamente diferente (Test exacto de Fisher $p=0.460$).

Distribución de **mujeres según el domicilio real**, en ambos periodos el domicilio más frecuente fue en el Departamento Guasayán (Santiago del Estero) en el periodo antes (78%, 57) como en el periodo después (91%, 48). Seguido por Departamento Santa Rosa

(Catamarca) (16%, 8%). No se encontró evidencia para asegurar que el domicilio real sean significativamente diferente en los periodos estudiados (Test exacto de Fisher $p=0.211$).

Gráfico 4: Frecuencia de control del embarazo adecuado, consejería integral, control ecográfico adecuado y análisis de laboratorio completos en el Periodo Antes Mayo 2009- Abril 2011 (N=73) y el Periodo Después Mayo 2011- Abril 2013 (N=53).



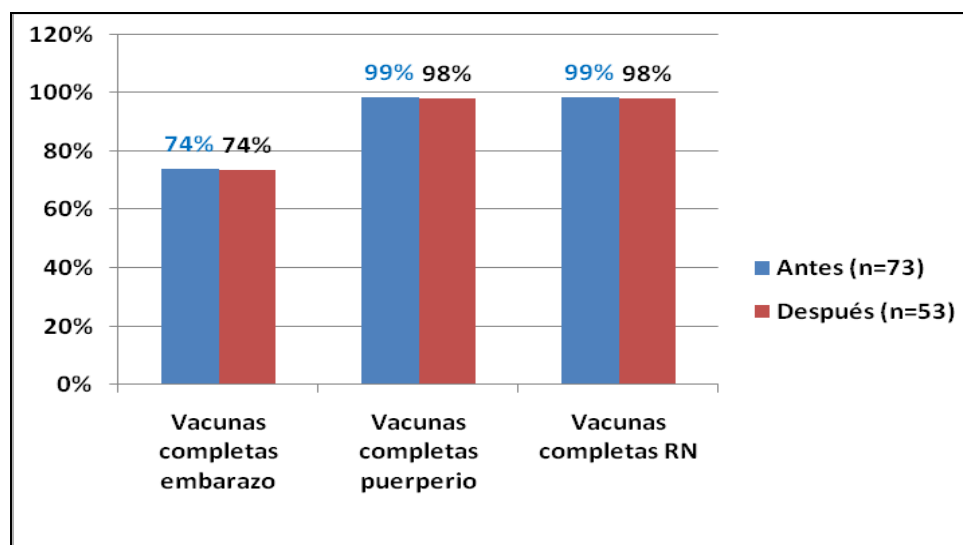
En el gráfico se observa que el 41% (30) de las mujeres evaluadas en el periodo antes y el 49% (26) de las evaluadas después tienen un control adecuado del embarazo. No existe evidencia suficiente para asegurar que estas proporciones sean significativamente diferentes (Test exacto de Fisher $p=0.3747$).

En el 32% (23) de las mujeres estudiadas antes y en el 51% (27) de las evaluadas después se realizó **consejería integral**. Existe evidencia para asegurar que la proporción de mujeres que realizaron consejería integral es significativamente mayor en el periodo después (Test exacto de Fisher $p=0.0277$).

El control ecográfico adecuado se presentó en el 37% (27) de las mujeres estudiadas en el periodo antes y en el 40% (21) en el periodo después. No existe evidencia suficiente para asegurar que estas proporciones sean significativamente diferentes (Test exacto de Fisher $p=0.7635$).

El laboratorio completo se presentó en el 70% (51) de las mujeres estudiadas en el periodo antes y en el 72% (38) en el periodo después. No existe evidencia suficiente para asegurar que estas proporciones sean significativamente diferentes (Test exacto de Fisher $p=0.8233$).

Gráfico 5: Frecuencia de los esquemas de vacunación completo en el embarazo, puerperio y recién nacidos en el Periodo Antes Mayo 2009- Abril 2011 (N=73) y el Periodo Después Mayo 2011- Abril 2013 (N=53).



El gráfico muestra que las vacunas completas en el embarazo se presentaron en igual frecuencia en las mujeres tanto en el periodo antes (74%, 54) como en el periodo después (74%, 39). No existe evidencia suficiente para asegurar que estas proporciones sean significativamente diferente (Test exacto de Fisher $p=0.961$).

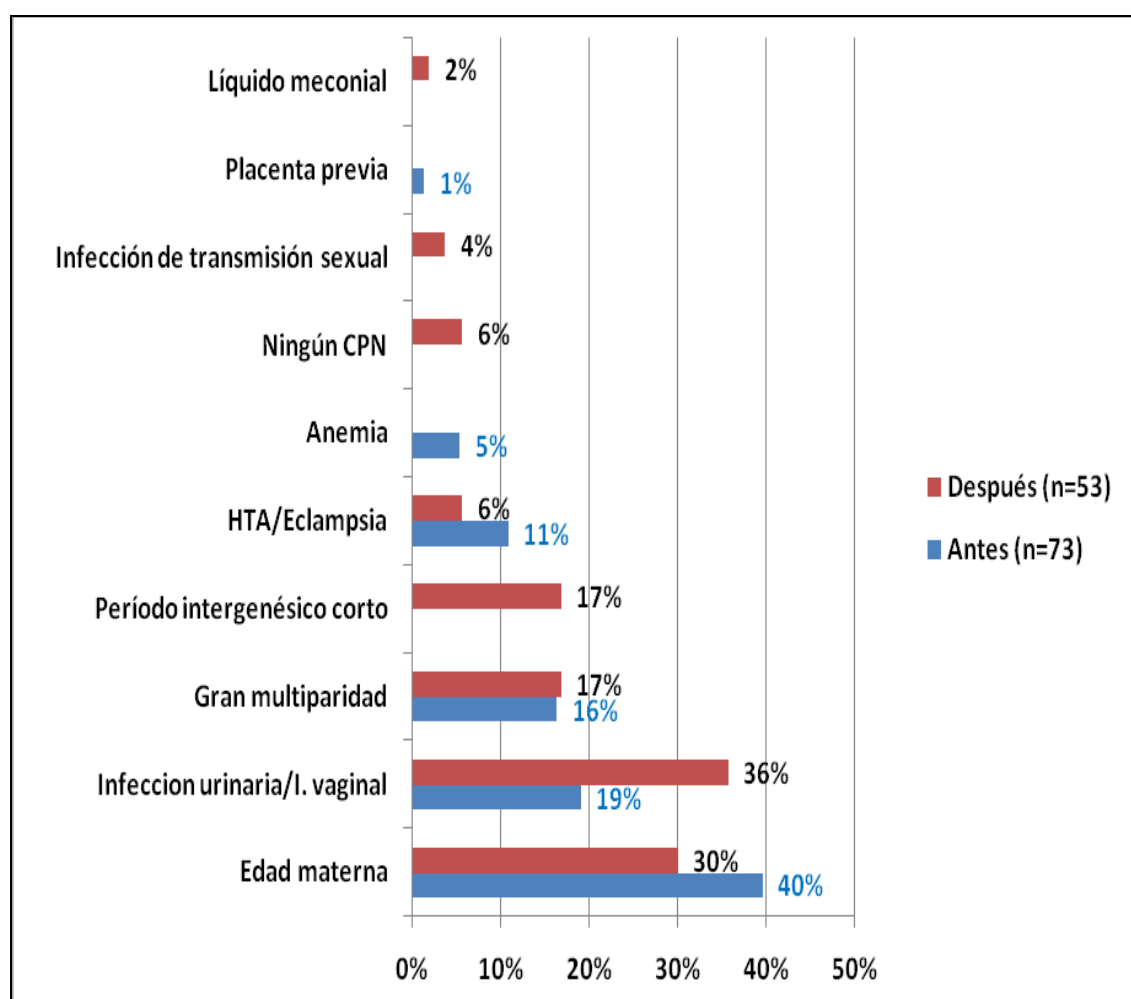
Respecto a las vacunas completas en el puerperio y vacunas completas en el recién nacido se presentaron en el 99% (72) en el periodo antes y en el 98% (52) en el periodo después de las mujeres evaluadas. No existe evidencia suficiente para asegurar que estas proporciones sean significativamente diferente (Test exacto de Fisher $p=0.8187$).

La **terminación del embarazo** por vía vaginal fue más frecuente tanto en el periodo antes con el 71% de las mujeres (52) como en el periodo después con el 64% de las mujeres (34). No existe evidencia suficiente para asegurar que la terminación del embarazo (vía vaginal, cesárea) sea significativamente diferente entre los periodos estudiados (Test exacto de Fisher $p=0.441$).

Respecto a la **mortalidad materna e infantil**, no se presentaron muertes maternas en ninguno de los periodos.

La **mortalidad infantil** en el Periodo Antes Mayo 2009- Abril 2011 (N=73), presentó tres casos de niños con **mortalidad neonatal precoz (4%, 3)**. En el Periodo Después Mayo 2011- Abril 2013 (N=53) hubo un caso de **mortalidad neonatal precoz (2%, 1)**. No existe evidencia suficiente para asegurar que la mortalidad infantil varíe de un periodo a otro (Test exacto de Fisher $p=0.4823$).

Gráfico 6: Frecuencia de las variables de morbilidad materna en el Periodo Antes Mayo 2009- Abril 2011 (N=73) y el Periodo Después Mayo 2011- Abril 2013 (N=53).



De los factores de morbilidad materna el más frecuentes fue la edad materna tanto en el periodo antes con el 40 % (29) como en el periodo después con el 30% (16). No se encontró evidencia suficiente para asegurar que estas proporciones sean significativamente diferente (Test exacto de Fisher $p=0.27$).

Seguido en frecuencia por las **infecciones urinarias/infecciones vaginales** en el 19% (14) de las mujeres evaluadas en el periodo antes y en el 36% (19) de las mujeres evaluadas en el

periodo después. Existe evidencia para asegurar que la proporción de mujeres diagnosticadas con infección urinaria/infección vaginal es significativamente mayor en el periodo después (Test exacto de Fisher $p=0.0356$).

La gran multiparidad se presentó en el 16% (12) de las mujeres en el periodo antes y en el 17% (9) de las mujeres en el periodo después. No existe evidencia suficiente para asegurar que estas proporciones sean significativamente diferente (Test exacto de Fisher $p=0.9357$).

El **periodo intergenésico corto** se presentó en el 17% (9) de las mujeres evaluadas en el periodo después. Existe evidencia para asegurar que la proporción de mujeres con periodo intergenésico corto es significativamente mayor en el periodo después (Test exacto de Fisher $p=0.0003$).

La hipertensión arterial/eclampsia se presentó se presentó en el 11% (8) de las mujeres en el periodo antes y en el 6% (3) de las mujeres en el periodo después. No existe evidencia suficiente para asegurar que estas proporciones sean significativamente diferente (Test exacto de Fisher $p=0.2983$).

La anemia se presentó en el 5% (4) de las mujeres en el periodo antes. No existe evidencia suficiente para asegurar que sea significativamente diferente (Test exacto de Fisher $p=0.0833$).

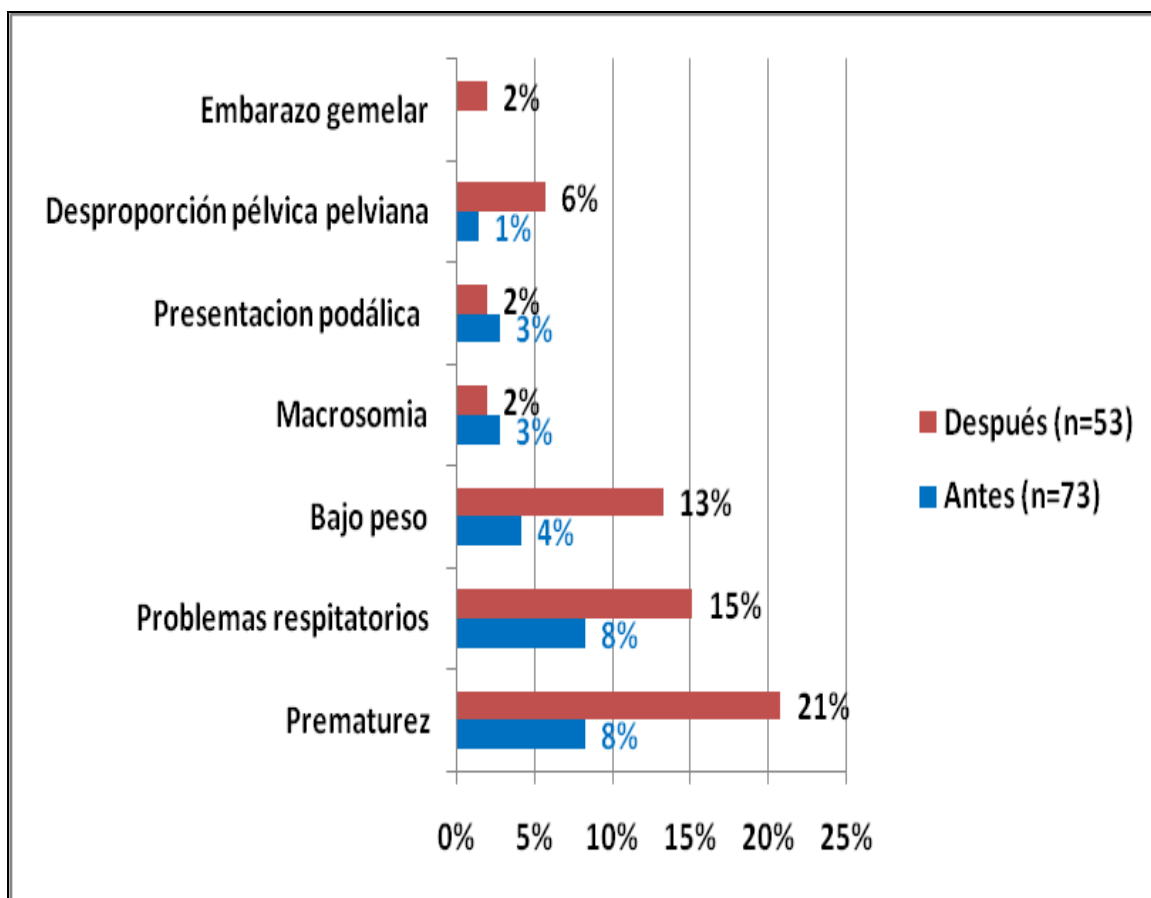
Respecto a **ningún control prenatal** se presentó en el 6% (3) de las mujeres evaluadas en el periodo después. Existe evidencia para asegurar que la proporción de mujeres sin ningún control prenatal es significativamente mayor en el periodo después (Test exacto de Fisher $p=0.0396$).

Las infecciones de transmisión sexual se presentaron en el 4% (2) de las mujeres evaluadas en el periodo después. No existe evidencia suficiente para asegurar que estas proporciones sean significativamente diferente (Test exacto de Fisher $p=0.0943$).

Se presentó como factor de morbilidad materna un caso de placenta previa en el periodo antes (1%, 1), no encontrándose casos registrados en las HCPN en el periodo después. No existe evidencia suficiente para asegurar que sea significativamente diferente (Test exacto de Fisher $p=0.3923$).

En el periodo después se presentó un caso de líquido meconial (2%, 1), no encontrándose casos registrados en las HCPN en el periodo antes. No existe evidencia suficiente para asegurar que sea significativamente diferente (Test exacto de Fisher $p=0.2387$).

Gráfico 7: Frecuencia de las variables de morbilidad infantil en el Periodo Antes Mayo 2009- Abril 2011 (N=73) y el Periodo Después Mayo 2011- Abril 2013 (N=53).



En el gráfico se observa que el factor de **morbilidad infantil** más frecuentes fue **prematurez** en el 8% (6) de recién nacidos (RN) en el periodo antes y en el 21% (11) de RN del periodo después. Existe evidencia para asegurar que la proporción de recién nacidos prematuros es significativamente mayor en el periodo después (Test exacto de Fisher $p=0.0042$).

Seguido en frecuencia por los problemas respiratorios que se presentó en el 8% (6) de RN en el periodo antes y en el 15% (8) de RN del periodo después. No existe evidencia suficiente para asegurar que estas proporciones sean significativamente diferente (Test exacto de Fisher $p=0.2254$).

El bajo peso se presentó en el 4% (3) de RN en el periodo antes y en el 13% (7) de RN del periodo después. No existe evidencia suficiente para asegurar que estas proporciones sean significativamente diferente (Test exacto de Fisher $p=0.0622$).

La macrosomía y la presentación podálica se presentaron en el 3% (2) de RN en el periodo antes y en el 2% (1) de RN del periodo después. No existe evidencia suficiente para asegurar que estas proporciones sean significativamente diferente (Test exacto de Fisher $p=0.7565$).

La desproporción pélvica pelviana se presentó en el 1% (1) de RN en el periodo antes y en el 6% (3) de RN del periodo después. No existe evidencia suficiente para asegurar que estas proporciones sean significativamente diferente (Test exacto de Fisher $p=0.1751$).

El embarazo gemelar se presentó en el 2% (1) de RN en el periodo después. No existe evidencia suficiente para asegurar que sea significativamente diferente (Test exacto de Fisher $p=0.2387$).

Discusión

Del estudio se desprende que el comportamiento de los indicadores de control integral del embarazo y de salud materno neonatal en las mujeres y sus hijos recién nacidos asistidos en el Hospital Distrital de San Pedro de Guasayán, Santiago del Estero, antes (Mayo 2009- Abril 2011) y después (Mayo 2011- Abril 2013) de la implementación de la asignación por embarazo para protección social (AEPS), presentó diferencias estadísticamente significativas a favor del periodo después en las variables **consejería integral**, las **infecciones urinarias/infecciones vaginales** y el **periodo intergenésico corto**. Lo que habla a favor de la AEPS que fortaleció la consejería y el diagnóstico oportuno de los factores de riesgo para su tratamiento y/o mejor seguimiento de la embarazada.

También mostró diferencias significativas en que la mujer no haya tenido **ningún control prenatal**, este “llamado de atención” para evaluar los servicios prestados y las barreras de accesibilidad al sistema de salud.

El adecuado control del embarazo en este estudio se presentó en un porcentaje menor en las mujeres, no guardó relación con el control ecográfico, que puede deberse a que en la Localidad no se cuenta con este método complementario. A diferencia de los análisis completos que se presentó en un porcentaje mayor, ya que el hospital cuenta con este servicio. “El Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y las Adolescentes contempla en el primer nivel de atención la captación temprana de la embarazada y control prenatal de calidad y pediátrico” (15).

Si bien no se presentaron muertes maternas en ninguno de los periodos, se destaca que las complicaciones relacionadas al aborto son la causa más frecuente de muerte materna (16), y estas no fueron consideradas como variables en este estudio.

Respecto a la **mortalidad infantil** en el periodo antes se presentaron tres casos de niños con **mortalidad neonatal precoz**. De ellos, dos embarazadas por HTA/Eclampsia y un caso por anencefalia.

En el periodo después hubo un caso de **mortalidad neonatal precoz**, encontrándose como factores de morbilidad materna el periodo intergenésico corto, la gran multiparidad, ningún control prenatal y embarazo gemelar. El parto fue prematuro, recién nacido con complicaciones respiratorias y bajo peso.

De los factores de morbilidad infantil la proporción de recién nacidos **prematuros** es significativamente mayor en el periodo después, siendo este un factor de riesgo de morbimortalidad infantil, en coincidencia con la bibliografía.

En Santiago del Estero hay una disminución de la mortalidad infantil, en el año 2010 la Tasa de Mortalidad Infantil fue de 14 por cada 1.000 nacidos vivos (17), en 2011 de 11,7 por cada 1.000 nacidos vivos y en 2012 de 11,6 por cada 1.000 nacidos vivos (18).

La Razón de Mortalidad Materna en Santiago del Estero en el año 2011 fue 5,5 por 10.000 nacidos vivos, con una importante disminución en 2012 a 3,1 por 10.000 nacidos vivos (18).

Puede interpretarse que la disminución en estos indicadores se debe a la mejora en la accesibilidad en la atención materno-infantil y que la AEPS contribuyó con la misma. Desde el Ministerio de Salud también se implementaron políticas públicas como PLAN NACER/SUMAR, Programa Médicos Comunitarios, Salud Sexual y Procreación Responsable, etc., que han fortalecido el primer nivel de atención con un abordaje integral socio-sanitario de las mujeres, embarazadas y niños.

Relevancia para la salud pública: De la investigación surge que en San Pedro de Guasayán hay que reforzar la capacitación del recurso humano en el adecuado control del embarazo, el diagnóstico precoz de los factores de riesgo y la importancia de los registros (HCPN) como documentos éticos y legales.

Se recomienda la gestión de los recursos materiales y técnicos para un adecuado control integral del embarazo.

Referencias bibliográficas

- 1- Mortalidad materna OMS. Nota descriptiva N°348 Mayo de 2012. Disponible en la web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.
- 2- Ministerio de Salud de la Nación. Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y las Adolescentes. Noviembre de 2008. Reimpresión Junio de 2010: 1-22.
- 3- Rogelio González P. Salud Materno-Infantil en las Américas. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. EV CHIL OBSTET GINECOL 2010; 75(6): 411 - 421.
- 4- Informe "Salud en las Américas 2012" de la Organización Panamericana de la Salud presentado durante la 28ª Conferencia Sanitaria Panamericana. Septiembre en Washington.
- 5- Romero M, Abalos E, Ramos, S. La situación de la mortalidad materna en Argentina y el Objetivo del Desarrollo del Milenio 5. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. Hoja informativa N°: 8. ISSN 1853-0133. Buenos Aires. Argentina. Marzo 2013.
- 6- Presidencia de la Nación Argentina en acuerdo general de Ministros. Decreto Nacional 446/2011 de necesidad y urgencia sobre modificación de la Ley 24714 en relación a la Asignación por Embarazo para Protección Social. Buenos Aires, 18 de Abril de 2011. Boletín Oficial, 19 de Abril de 2011.
- 7- Ministerio de Salud de la Nación. Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos. Dirección De Estadísticas e Información de Salud. ISSN 1668-4630 - Boletín Número 134 2010.
- 8- Ministerio de Salud de la Nación. Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y las Adolescentes. Noviembre de 2008. Reimpresión Junio de 2010: 23-31.
- 9- Ministerio de Salud de la Nación. Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos. Dirección De Estadísticas e Información de Salud. Estadística Vitales- Información Básica Año 2011. ISSN 1668-9054 Serie 5 - Número 55. Buenos Aires. Argentina. Diciembre de 2012.
- 10- Zarate, M. Seguimiento del embarazo normal en: Salud de la Mujer / Esteban Rubinstein, Miguel Zarate, Paula Carrete, Matías Deprati, editores -3° ed.- Buenos Aires: Fundación MF "Para el Desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud", 2006:178-221.
- 11- Jinic P., Baran P. Agunos aspectos del control del niño en el primer año de vida en: Salud del Niño / Esteban Rubinstein, Miguel Zarate, Paula Carrete, Matías Deprati, editores -3° ed.-

Buenos Aires: Fundación MF "Para el Desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud", 2007:9-39.

12- Ministerio de Salud de la Nación. Foro. Resumen ejecutivo, estado de conocimiento y agenda de prioridades para la toma de decisiones en morbilidad materna, en Argentina. Coordinado por Zulma Ortíz. - 1a ed. - Buenos Aires: Academia Nacional de Medicina. Foro de Investigación en Salud de Argentina, 2007.

13- Malvino, E. Morbilidad Materna Aguda Severa (*near miss*) Obstetricia Crítica. Recopilaciones. Buenos Aires, Argentina. Copyright 2009.

14- Organización Mundial de la Salud. Reducción de la mortalidad en la niñez. Nota descriptiva N° 178. Septiembre de 2012. Disponible en la Web:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/index.html>

15- Ministerio de Salud de la Nación. Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y las Adolescentes. Noviembre de 2008. Reimpresión Junio de 2010: 13.

16- Romero M, Abalos E, Ramos, S. La situación de la mortalidad materna en Argentina y el Objetivo del Desarrollo del Milenio 5. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. Hoja informativa Nº: 8. ISSN 1853-0133. Buenos Aires. Argentina. Marzo 2013.

17- Ministerio de Salud de la Nación. Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos. Dirección De Estadísticas e Información de Salud. ISSN 1668-4630 - Boletín Número 134 2010.

18- Ministerio de Salud de la Nación. Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos. Dirección De Estadísticas e Información de Salud. Estadística Vitales- Información Básica Año 2011. ISSN 1668-9054 Serie 5 - Número 55. Buenos Aires. Argentina. Diciembre de 2012.