

Resolución 1087/2010 (/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1087-2010-168921) /

MINISTERIO DE SALUD
2010-07-02

Ministerio de Salud

SALUD PUBLICA

Resolución 1087/2010

Apruébase el Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y de los Adolescentes.

Bs. As., 22/6/2010

VISTO el expediente N° 1 2002-3378/10-3 del registro del MINISTERIO DE SALUD, y

CONSIDERANDO:

Que en la IV reunión ordinaria del CONSEJO FEDERAL DE SALUD del mes de noviembre del año 2008, se acordaron las 'Estrategias de abordaje de la mortalidad materna y de la mortalidad infantil' para el período 2009-2011.

Que a partir del mencionado plan estratégico materno infantil, la SUBSECRETARIA DE SALUD COMUNITARIA de la SECRETARIA DE PROMOCION Y PROGRAMAS SANITARIOS del MINISTERIO DE SALUD, desarrolló el 'Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Infantil, Materna, de la Mujer y de los Adolescentes' para el período señalado.

Que al plan estratégico materno infantil acordado en noviembre de 2008 en el CONSEJO FEDERAL DE SALUD, se le incorporaron el abordaje al embarazo y aborto de los adolescentes, ya que, la reducción de esos indicadores contribuye a mejorar las metas de disminución de mortalidad materna, y, además, la prevención del cáncer cérvico uterino y de mama, por su impacto positivo en la salud de la mujer.

Que en la IV reunión ordinaria del CONSEJO FEDERAL DE SALUD del 9 de octubre de 2009, este Ministerio presentó en dicho ámbito el plan operativo referido.

Que desde el 2003 la mortalidad infantil presenta una tendencia decreciente, situándose, en el año 2008, en una tasa del DOCE COMA CINCO (12,5) defunciones por cada MIL (1.000) nacidos vivos.

Que el SESENTA Y CUATRO POR CIENTO (64%) de las muertes infantiles son neonatales,

y de ese total, más del CINCUENTA POR CIENTO (50%) son prematuros.

Que la citada mortalidad infantil en la REPUBLICA ARGENTINA, evidencia profundas asimetrías entre las jurisdicciones con mayor ingreso per capita y las jurisdicciones más pobres.

Que la mortalidad materna en el año 2008, fue de CUATRO (4) muertes cada DIEZ MIL (10.000) nacimientos, demostrando la formación de dicho indicador, la existencia de grandes desigualdades en la atención de las mujeres embarazadas y puérperas, con cifras en varias provincias que triplican el promedio nacional.

Que el estado de situación a nivel federal, muestra que hay provincias que aún tienen tasas de mortalidad materna mayores a DIEZ (10) por cada DIEZ MIL (10.000) nacidos vivos, siendo prevenibles casi el SETENTA Y CINCO POR CIENTO (75%) de las causas.

Que la mortalidad de los niños menores de un año de edad y de la mujer, en particular en los grupos más pobres, es uno de los problemas sociales y de salud pública más importante para el Gobierno Nacional, que hacen imperativa la necesidad de implementar políticas socio sanitarias tendientes a la reducción de la mortalidad infantil, materna, de los adolescentes y de la mujer.

Que la evaluación del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y de las metas del Plan Federal de Salud, permiten observar que sin la ejecución de acciones inmediatas y necesarias, aquellos podrían no ser alcanzados en su totalidad.

Que el Plan Operativo desarrollado por la SUBSECRETARIA DE SALUD COMUNITARIA, prioriza la reducción de la mortalidad materna, infantil, de la mujer y los adolescentes, a partir de un trabajo coordinado por este Ministerio con los gobiernos provinciales dirigido al establecimiento de metas y elaboración de un plan de acción para el cumplimiento de las mismas.

Que a tal fin, la Nación dará asistencia técnica a las provincias, para que cada una de ellas defina los índices de reducción de la mortalidad materno-infantil que puede alcanzar en el período, para así contribuir a la reducción de la media nacional y cerrar las brechas existentes entre las distintas provincias y hacia el interior de las mismas.

Que en este sentido, por medio de dicho plan operativo, se pretende disminuir la mortalidad infantil a menos de DIEZ (10) defunciones por cada MIL (1.000) nacidos vivos, y la materna, a menos de TRES COMA TRES (3,3) muertes por cada DIEZ MIL (10.000) nacimientos, para fines de 2011.

Que asimismo, se procura prevenir los embarazos no planificados, mejorando el acceso a la atención de calidad de la salud sexual y reproductiva; abordar en forma integral el embarazo en la adolescencia con perspectiva a su disminución en el mediano y largo plazo; y reducir la mortalidad de la mujer, especialmente por cáncer cérvico uterino y de mama.

Que la consecución de tales objetivos prioritarios traerá, como lógica consecuencia, una notable disminución de la morbilidad de esta población objetivo.

Que entre los objetivos específicos que se pondrán en marcha a través de esta iniciativa, está el fortalecimiento de las Unidades Ejecutoras Provinciales (UEPs), conformadas por aquellos responsables de áreas y programas relacionados con la atención materno-infantil, de los adolescentes y de la mujer.

Que a nivel hospitalario, resulta necesario trabajar con los hospitales cabeceras y los jefes de Perinatología, Obstetricia, Neonatología, Ginecología y Citología para elaborar abordajes interdisciplinarios de tratamiento de patologías que son alcanzadas por dichas especialidades.

Que también será una tarea coordinada entre la Nación y cada provincia, la de integrar los programas materno-infantiles, de la mujer y los adolescentes al Plan Nacer, para canalizar los mismos a través de los mecanismos regulares que posee el sistema de salud público provincial en su primer nivel de atención.

Que en consecuencia, es necesaria la implementación a nivel nacional del plan operativo presentado.

Que la SUBSECRETARIA DE SALUD COMUNITARIA y la SECRETARIA DE PROMOCION Y PROGRAMAS SANITARIOS han tomado intervención de su competencia y respaldan la aprobación del 'Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y de los Adolescentes'.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente se dicta en ejercicio de las facultades conferidas por la Ley de Ministerios - T.O. 1992, modificada por su similar Ley 26.338.

Por ello,

EL MINISTRO DE SALUD

RESUELVE:

Artículo 1º — Apruébase el 'Plan Operativo para garantizar el acceso a la salud de calidad e integral' que como ANEXO I forma parte integrante de la presente resolución, con el objetivo de reducir la mortalidad materna, infantil, de la mujer y los adolescentes, de acuerdo a los fundamentos y antecedentes que se indican en el mismo. *(Denominación del Plan sustituida por art. 1º de la Resolución N° 2254/2015 (/normativa/nacional/resolución-2254-2015-256677), del Ministerio de Salud B.O. 10/12/2015)*

(Nota Infoleg: por art. 2° de la Resolución N° 2254/2015 (/normativa/nacional/resolución-2254-2015-256677) del Ministerio de Salud B.O. 10/12/2015 se prorroga la vigencia del 'Plan Operativo para garantizar el acceso a la salud de calidad e integral', aprobado por la presente Resolución, hasta el 31 de diciembre de 2020, el que continuará ejecutándose en el ámbito de la SUBSECRETARIA DE MEDICINA COMUNITARIA, MATERNIDAD E INFANCIA dependiente de la SECRETARÍA DE SALUD COMUNITARIA, de este Ministerio, sin perjuicio de la articulación que se realice con otras áreas del Ministerio, necesaria para el cumplimiento de los objetivos y acciones propuestas en los artículos 4° a 7° de la presente medida. **Prórroga anterior:** Resolución N° 934/2012 (/normativa/nacional/resolución-934-2012-199187) del Ministerio de Salud B.O. 03/07/2012)

(Nota Infoleg: por art. 3° de la Resolución N° 2254/2015 (/normativa/nacional/resolución-2254-2015-256677) del Ministerio de Salud B.O. 10/12/2015 se amplía el 'Plan Operativo para garantizar el acceso a la salud de calidad e integral' con el alcance y condiciones establecidas en los artículos 4° a 7° de la norma de referencia)

Art. 2° — Serán materias prioritarias del 'Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y de los Adolescentes:

- a) La definición de jurisdicciones que por sus índices de mortalidad materna e infantil resultan prioritarias;
- b) La celebración de acuerdos políticos entre el Estado nacional y las provincias, con el establecimiento de metas generales y objetivos específicos;
- c) La Asistencia técnica, el seguimiento conjunto del plan establecido, así como la evaluación periódica de sus resultados;
- d) La capacitación en servicio en los centros asistenciales del sector público de la República Argentina, así como, la coordinación de la actividad de los capacitadores provinciales y regionales, garantizando el seguimiento de la actividad docente requerida;
- e) La adecuación y/o regionalización de las redes sanitarias provinciales con foco en la atención perinatal;
- f) La comunicación social del plan y sus avances;
- g) La convocatoria a los actores sociales e instituciones sanitarias, nacionales y provinciales, gubernamentales y no gubernamentales.

Art. 3° — Autorízase a la SUBSECRETARIA DE SALUD COMUNITARIA de la SECRETARIA DE PROMOCION Y PROGRAMAS SANITARIOS de este Ministerio, a adoptar las medidas conducentes para la convocatoria a las provincias que resulten interesadas y a ejecutar e instrumentar el Plan Operativo que se aprueba por el artículo 1° de la presente

Resolución.

Art. 4° — Facúltase a la SECRETARIA DE PROMOCION Y PROGRAMAS SANITARIOS de este Ministerio a dictar las normas complementarias, interpretativas y aclaratorias de la presente Resolución.

Art. 5° — Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial a sus efectos y archívese. — Juan L. Manzur.

ANEXO I

PLAN PARA LA REDUCCION DE LA MORTALIDAD MATERNO INFANTIL, DE LAS MUJERES
Y DE LOS ADOLESCENTES

PLAN OPERATIVO



Autoridades:

Presidente de la Nación

Dra. Cristina Fernández

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Juan Luis Manzur

Secretario de Promoción y Programas Sanitarios

Dr. Máximo Andrés Diosque

Subsecretario de Salud Comunitaria

Dr. Guillermo Pedro González Prieto

Dirección Nacional de Maternidad e Infancia

Dra. Ana Speranza

Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia

Dr. Fernando Zingman

Programa de Prevención de Cáncer Cérvico-Uterino

Dra. Silvina Arrossi

Dra. Rosa Laudi

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

Lic. Paula Ferro

Indice

a. Resumen Ejecutivo

b. Resumen para la Comunidad

1. Presentación

2. El problema

2.1 Marco conceptual

2.2 Diagnóstico de Situación de Mortalidad Materno Infantil, Adolescente y Mujer

2.3 Diagnóstico de Servicios de Salud: primer nivel de atención, segundo nivel de atención (maternidades y neonatologías) y nivel central

2.4 Diagnóstico de Sistema de Salud

3. Antecedentes

3.1 Dirección Nacional de Maternidad e Infancia

3.2 Plan Nacer

3.3 Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable

3.4 Programas Nacionales de Salud Integral en la Adolescencia

3.5 Programa de Prevención de Cáncer Cérvico Uterino

3.6 Investigaciones

3.7 Plan Estratégico

3.8 Asistencia técnica para fortalecimiento de los Comités de Análisis de las Mortalidades Materna e Infantil

3.9 Regionalización

4. Plan Operativo

4.1 Objetivos

4.2 Metas

4.3 Población objetivo

4.4 Modalidad de intervención

4.5 Visita inicial a la Provincia

4.6 Actas Acuerdo

4.7 Actores sociales involucrados

4.8 Cronograma

4.9 Presupuesto y recursos

4.10 Sistematización y evaluación

4.11 Sustentabilidad e institucionalización

5. Referencias

6. ANEXOS

Anexo I. Actividades por objetivos de los Programas de la Subsecretaría de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación

Anexo II. Componentes de la Unidad Ejecutora Nacional

Anexo III. Funciones de la Unidad Ejecutora Nacional

Anexo IV Trabajo en taller

1) Identificación de causales. Grilla de trabajo

2) Elaboración de líneas de acción. Grilla de trabajo

Anexo V. Matriz de Análisis de la situación de una maternidad

Anexo VI. Indicadores de gestión

Anexo VII. Modelo de cuaderno de campo

Anexo VIII. Modelo de Acta Acuerdo

Anexo IX. Estado de avance del Plano Operativo a abril de 2010

a. Resumen Ejecutivo

El Plan Operativo se implementa porque es una prioridad obtener resultados en la reducción de la mortalidad infantil, de los adolescentes, materna y de la mujer, las barreras en el acceso a la salud sexual y a la procreación responsable, especialmente en las provincias que muestran peores resultados en sus indicadores.

En las provincias donde se detecta voluntad política de cambio, se establecerán acuerdos políticos en los máximos niveles de conducción con establecimiento de metas cuantificables y compromiso de lograr y difundir los resultados. Para lo cual, se elabora con los actores sociales involucrados un plan de trabajo. La Capacitación en Servicio y la Regionalización de la Atención Perinatal son las intervenciones centrales del Plan Operativo. También se propone la Asistencia Técnica, el Monitoreo y la Evaluación periódica del cumplimiento del plan de trabajo. La Comunicación se orienta tanto a la Difusión del Plan Operativo, como a la Construcción de demanda y a la Instalación Social del Problema.

La implementación participativa de reformas en todos los niveles de atención, la capacitación en terreno, la incorporación de nuevas tecnologías, el fortalecimiento de los servicios en red y la mejora continua en la calidad del cuidado permitirían alcanzar, en conjunto, una reducción significativa y rápida de la mortalidad infantil, de los adolescentes, materna y de las mujeres.

1. Introducción

La mortalidad materna, infantil y de la mujer y de los adolescentes son indicadores de un proceso continuo de la atención a la mujer en general, la mujer en edad reproductiva y la embarazada, el parto, el recién nacido y el niño.

Los resultados de la salud materna, infantil, de los adolescentes y de las mujeres en nuestro país no son satisfactorios, con mortalidades infantil y materna altas en Argentina, en comparación con otros países con menor desarrollo. Por otro lado, la distribución de la mortalidad en Argentina es inequitativa, un recién nacido o una mujer embarazada tienen más probabilidades de morir en las regiones del Noroeste Argentino (NOA) y Noreste Argentino (NEA), que si sus lugares de residencia fueran la Ciudad de Buenos Aires o la Región Patagónica.

El diagnóstico puede ser analizado en varios niveles. Un primer nivel biológico, que interpreta las causas médicas de los mismos y su relación causal con las tasas de mortalidad. Un segundo nivel, que es el análisis de la gestión de los servicios, en cuanto a los modelos de atención, las fallas en el proceso y los resultados de la atención preventiva y curativa y el gasto en salud, para reducir la mortalidad. Un tercer nivel, que se relaciona con las características del sistema de salud, en tanto que permite establecer pertinencias de las intervenciones y comprender el marco de la planificación.

El foco del problema se ha puesto en la mortalidad, a pesar de que la morbilidad es también un problema central. Se parte del supuesto, de que las políticas para lograr la reducción de la mortalidad, disminuirán también la morbilidad.

El Ministerio de Salud de la Nación desarrolla desde hace años numerosas acciones y programas verticales en la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia y, los Programas de Salud Integral de la Adolescencia, Salud Sexual y Procreación Responsable y Prevención del Cáncer Cérvico Uterino, así como el Plan Nacer, para reducir la mortalidad infantil y materna; el gran número de muertes por abortos inseguros; y la mortalidad de la mujer, especialmente por cáncer cérvico uterino.

En el COFESA, noviembre de 2008, se acordó un Plan Estratégico para la Reducción de la Mortalidad Materna y la Mortalidad Infantil 2009 - 2011, con políticas sustantivas a las que adhirieron el conjunto de las provincias. El Plan fue lanzado oficialmente el 28 de

mayo de 2009.

El Plan contempla:

- La creación de la Unidad Ejecutora Central (UEC)
- La creación y/o el fortalecimiento de la Unidad Ejecutora Provincial (UEP)
- El desarrollo de Mecanismos de información y Herramientas de nominalización (SIP/ Indicadores del Plan Nacer)
- Financiamiento por Plan Nacer

• Políticas:

— Primer Nivel de Atención:

- Promoción, prevención y participación: lactancia materna- alimentación adecuada- desarrollo infantil, ambiente saludable, inmunizaciones
- Captación temprana de la embarazada y control prenatal de calidad y pediátrico
- Optimización de los RRHH con designación de enfermero/as y obstétrico/as
- Mejoramiento del sistema de aseguramiento de insumos anticonceptivos
- Fortalecimiento de los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Estrategia de internación abreviada para enfermedades respiratorias
- Capacitación en consejería integral en salud sexual y reproductiva

— Segundo y Tercer Nivel:

- Maternidades seguras con consultorio de alta conjunta
- Consultorio de alto riesgo
- Centros de lactancia materna
- Fortalecimiento de los servicios de salud sexual y reproductiva
- Consejerías obligatorias en Salud Sexual y Procreación Responsable postevento obstétrico

- Cumplimiento y monitoreo de las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales
- Regionalización
- Redes perinatales
- Referencia y Contrarreferencia
- Fortalecimiento de laboratorios
- Cumplimiento de las normas de bioseguridad
- Garantizar las prácticas médicas relacionadas con Salud Sexual y Procreación Responsable establecidas por la ley: anticoncepción quirúrgica y abortos no punibles

El Plan se complementa con:

- Capacitación del recurso humano en Obstetricia Crítica
- Fortalecimiento de los servicios de patología cervical
- Fortalecimiento de la red de laboratorios de citología
- Desarrollo de un sistema de información para el tamizaje (SITAM)
- Estrategias para la optimización del tamizaje oportunístico

Otras políticas promovidas desde el Ministerio de Salud de la Nación consisten en el Fortalecimiento de los Comités de Análisis de las Mortalidades Materna e Infantil.

Hasta la fecha se ha indagado exhaustivamente en el diagnóstico, pero no así en las acciones necesarias, de modo integral, para modificarlo. Pero, existe la certeza de que es necesario explorar nuevas formas de intervención para lograr resultados más rápidos y contundentes y, poder así, cumplir con compromisos asumidos, entre cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y de las metas del Plan Federal de Salud. Así, se diseñó desde la Subsecretaría de Salud Comunitaria, del Ministerio de Salud de la Nación, el Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de los Adolescentes.

2. Ejes Centrales del Plan Operativo

Se han identificado los siguientes problemas prioritarios: mortalidad infantil, materna, de los adolescentes y de las mujeres, dificultades en el acceso a la salud sexual y procreación responsable, cáncer de cuello cérvico uterino.

El Plan consta de los siguientes ejes:

- Acuerdos Políticos entre los máximos niveles de conducción
- Establecimiento de metas y compromiso formal para lograrlas
- Plan de trabajo elaborado con los actores sociales involucrados
- Asistencia técnica, Monitoreo y Evaluación periódica del cumplimiento del Plan
- Capacitación en servicio y Regionalización
- Comunicación

Los criterios que orientan la selección de provincias son: mayor mortalidad (por ejemplo, la Provincia de Buenos Aires), donde la inequidad es mayor (Provincias del NEA y NOA). La decisión es también actuar en las jurisdicciones que demuestren 'voluntad política de cambio'.

Los objetivos generales del Plan son:

- Reducción de la mortalidad infantil neonatal y postneonatal
- Reducción de la mortalidad materna
- Reducción de la mortalidad por aborto
- Reducción de la mortalidad por embarazo adolescente; por mejora en el acceso a la atención de calidad de la salud sexual y reproductiva y, abordaje integral del embarazo adolescente con perspectiva a su disminución a mediano y largo plazo
- Disminución de la incidencia y mortalidad por cáncer cérvico-uterino

Las estrategias relacionadas con los servicios y el sistema para lograr los objetivos generales son:

1. Nivel Central

1.1. Fortalecer las Unidades Ejecutoras Provinciales, conformadas por aquellos responsables de Areas/Programas relacionadas con la atención materno-infantil:

3 Nivel Central:

- Maternidad e Infancia
- Salud Sexual y Procreación Responsable
- Cáncer Cérvico-Uterino
- Adolescencia
- Plan Nacer
- Regiones Sanitarias
- Primer Nivel de Atención
- 3 Nivel Hospitalario:
 - Hospital/es Cabecera/s (Director, Jefe de Perinatología, Jefe de Obstetricia, Jefe de Neonatología, Jefe de Ginecología, Jefe de Patología Cervical, Jefe de Laboratorios de Citología y Anatomía Patológica)

1.2. Integrar los programas materno-infantiles (subprogramas y Plan Nacer) entre sí, articulando y canalizando los mismos, a través de los mecanismos regulares que posee el sistema de salud público provincial (primer nivel y niveles hospitalarios).

1.3. Fortalecer el Sistema Informático Perinatal en todas y cada una de las provincias, asegurando el volcado de datos, y su circulación por las áreas y niveles correspondientes, utilizando las variables e indicadores ya seleccionados en el SIP- Gestión, para su uso en la toma de decisiones de impacto para el logro de las metas acordadas.

1.4. Articular con Plan Nacer la información disponible.

1.5. Organizar y/o fortalecer la Regionalización, teniendo en cuenta los niveles de complejidad y los criterios de territorialidad establecidos a través de las Zonas Sanitarias.

1.6 Fortalecer y promover los programas de salud integral específica para la adolescencia.

1.7. Fortalecer los programas provinciales de Salud Sexual y Reproductiva y el ejercicio de las normativas vigentes en la materia.

1.8. Instalar y desarrollar los programas provinciales de Cáncer Cérvico-Uterino.

1.9. Socializar la información generada por el sistema para fomentar la apropiación de conocimientos, la determinación de prioridades y la toma de decisiones entre equipos de salud y comunidad.

2. Primer nivel de atención (extender la cobertura y mejorar la atención)

2.1. Fortalecer la gestión de los Centros, a través de la conformación de equipos de salud liderados por un Coordinador de Centro, enfatizando los ejes: programación local participativa, población bajo responsabilidad del efector, identificación cartográfica.

2.2. Promover la atención programada de la madre y el niño, incorporando los turnos programados, fichero cronológico y la búsqueda activa.

2.3. Promover la normalización de los controles de salud y patologías prevalentes y la utilización de registros.

2.4. Fortalecer y promover las salas de internación abreviada para el Síndrome Bronquial Obstructivo y Postas de Rehidratación Oral, como estrategias de fortalecimiento del primer nivel de atención, aumentando su capacidad resolutive.

2.5. Propiciar el trabajo intersectorial y las actividades extramuros.

2.6. Fortalecer el acceso universal a la información pertinente y oportuna en materia de salud sexual y reproductiva y a una canasta de métodos anticonceptivos, seguimiento, fichero cronológico y búsqueda activa de mujeres en edad reproductiva.

2.7. Promover la búsqueda activa para la realización de PAP's en mujeres en edad objetivo (35- 64 años).

2.8. Promover la atención de adolescentes en espacios diferenciados que promuevan derecho y faciliten el acceso.

2.9. Fomentar la elaboración de proyectos de participación comunitaria con eje en los niños, embarazadas, mujeres y adolescentes.

3. Nivel Hospitalario

3.1. Fortalecer los recursos humanos, especialmente enfermero/as y obstétrico/as.

3.2. Regionalizar la atención perinatal.

3.3. Conformar y/o fortalecer las Unidades Perinatológicas de las Maternidades.

3.4. Optimizar la cobertura y calidad de las prestaciones materno-infantiles, de la mujer y el adolescente, a través de la reorganización del Servicio de Obstetricia y de la capacitación en contenidos específicos para su atención y posterior seguimiento.

3.5. Mejorar la cobertura y calidad de las prestaciones al recién nacido, mediante la reorganización del Servicio de Neonatología y de su seguimiento a través de los Consultorios de RN de Alto Riesgo.

3.6. Fortalecer los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva.

3.7. Fortalecer las Areas de Apoyo (Farmacia, Mantenimiento, Esterilización, Laboratorio, Laboratorio de Citología y Patología, etc.) y su articulación con los Servicios de Obstetricia, Neonatología, Ginecología, guardias y otros efectores de la red.

3.8. Organizar la emergencia, consultorios externos y el área ambulatoria en su conjunto, a través de la implementación del Consultorio de Orientación Médica y de la programación de turnos, a fin de otorgar mayor eficiencia a la atención materno-infantil, de la mujer y el adolescente.

3.9. Mejorar la cobertura y calidad de las prestaciones propias del Hospital de Niños, a través de la implementación de la internación indiferenciada, de la organización del área ambulatoria, del laboratorio, de la organización de la referencia y contrarreferencia al primer nivel.

3.10. Organizar consultorio a demanda espontánea para la toma de PAP's.

3.11. Mejorar la cobertura en consejería anticonceptiva al alta, en episodios obstétricos-partos y abortos.

4. Referencia y Contrarreferencia

4.1. Organizar la referencia y contrarreferencia de la madre y el recién nacido, a través de la implementación del Consultorio de Alta Conjunta, la auditoría del llenado de la historia clínica y la derivación institucional a través del SIP al primer nivel de atención.

4.2. Organizar la interconsulta y facilitar las derivaciones a través de la instalación de Oficinas de Comunicación a Distancia en el Hospital Pediátrico y el Servicio de Neonatología de la Maternidad y de oficinas satélite en el interior provincial.

4.3. Promover la contrarreferencia de los niños internados con factores de riesgo en los servicios de pediatría a los municipios.

4.4. Propiciar el funcionamiento en red de los distintos servicios y actores, teniendo como eje las necesidades concretas de niños, embarazadas, mujeres y adolescentes.

La población objetivo son los niños, las embarazadas, las mujeres y los adolescentes. Dentro de estas poblaciones, entre los niños se especifica a los menores de 1 año, y entre ellos el foco está puesto en los neonatos de la primera semana de vida, especialmente a los prematuros con un peso de nacimiento menor a 2.000 gr. Entre los adolescentes, se centra en las embarazadas y entre las mujeres, la prioridad son aquéllas en edad fértil (10 a 49 años) y/o embarazadas y, las mujeres en mayor riesgo de cáncer cérvico-uterino (35 a 64 años).

La intervención enmarca en la planificación estratégica, que comprende un diagnóstico local participativo.

El Plan consta de los siguientes ejes:

1) Acuerdos Políticos entre los máximos niveles de conducción.

La voluntad política para producir los cambios necesarios que permitan lograr los objetivos, se explicita inicialmente a través de un acuerdo político institucional entre el Gobernador de la Provincia y su Ministro de Salud, y el Ministerio de Salud de la Nación, con establecimiento de metas y compromiso formal de lograrlas, monitoreo y evaluación de los resultados, con comunicación a la población.

2) Establecimiento de metas y compromiso formal para lograrlas.

Las políticas de salud efectivas requieren de resultados mensurables, estableciendo prioridades y definiendo metas cuantificables.

	Situación 2007(1)	Meta 2011
Mortalidad infantil	Tasa: 13,3 por mil (9300 niño/as menores de 1 año)	Tasa: 9,9 por mil (Reducción de 2378 muertes infantiles)
Mortalidad neonatal	Tasa: 8,5 por mil (5964 niño/as de 1 a 27 días)	Tasa: 5,9 por mil (Reducción de 1824 muertes neonatales)

Mortalidad postneonatal	Tasa: 4,8 por mil (3336 niño/as de 28 días a 1 año)	Tasa: 4,0 por mil (Reducción de 556 muertes postneonatales)
Tasa específica de mortalidad por cardiopatías congénitas en menores de 1 año	Tasa: 1,077 por mil (800 niño/as)	Tasa: 0,861 por mil (Reducción de 175 muertes)
Tasa específica de mortalidad por infecciones respiratorias en menores de 1 año	Tasa: 1,245 por mil (875 niño/as)	Tasa: 0,996 por mil (Reducción de 175 muertes)
Mortalidad materna	Tasa: 4,4 por diez mil (306 mujeres)	3,3 por diez mil (Reducción de 77 muertes)
Tasa específica de muertes maternas por aborto	Tasa: 1,06 por diez mil nacidos vivos (74 mujeres)	Tasa: 0,79 por diez mil nacidos vivos (Reducción de 19 muertes)
Mortalidad por Cáncer Cérvicouterino (2)	Tasa: 7,5 por cien mil mujeres (1787 mujeres)	Tasa: 7 por cien mil mujeres (Reducción de 119 muertes)

(1) Las metas del Plan se definieron en 2009, en base a los datos de situación de 2007.

(2) En las provincias priorizadas.

3) Plan de trabajo elaborado con los actores sociales involucrados

Se dividen a los participantes según cumplan sus tareas en Nivel Central, Hospitales y Primer Nivel. En base a indicadores y metas acordadas entre Nación y Provincia se analizan para cada provincia, a través de trabajos en grupo y en plenarios, las causas que conducen a los indicadores actuales y se elaboran y acuerdan propuestas de acción que contribuyen a la metas 2011.

- Día 1: Presentación de situación actual y metas; determinación de causas.
- Día 2: Elaboración de acciones de mejora y establecimiento de acuerdos y compromisos.

La firma del acta acuerdo surge después del taller, porque la misma contiene el resumen de lo identificado entre todos los actores. Incluye:

a) Explicitación de metas a alcanzar en reducción de mortalidad infantil y materna, salud sexual y procreación responsable, reducción del embarazo adolescente y en prevención de cáncer cérvicouterino para fines del 2011.

b) Asistencia Técnica, capacitación en servicio y recursos económicos de la Nación para apoyar a la provincia.

c) Publicación de las Actas en medios locales y nacionales. Evaluación de avance cuatrimestral.

4) Asistencia técnica, sistematización, monitoreo y evaluación periódica del cumplimiento del Plan Nación brinda asistencia técnica a las provincias para facilitar el logro del plan de trabajo. La sistematización permite contar con un marco que brinda los insumos relevantes en el proceso de evaluación. Durante el período de ejecución del Plan se realizan diversas evaluaciones que ponen el foco en diferentes dimensiones y variables. Se subdivide en tres amplios momentos:

1. Instalación o puesta en marcha.

2. Desarrollo pleno de las actividades o procesos previstos.

3. Institucionalización y afianzamiento de los procesos desarrollados.

Cada 4 meses se realizan viajes técnicos a las provincias para monitorear el progreso del Plan. En cada oportunidad en que se realiza una evaluación se efectúa una devolución de los hallazgos a los interesados y se informa a la ciudadanía sobre los resultados.

5) Intervenciones de Nación: Capacitación en servicio y Regionalización de la atención perinatal

La Capacitación en Servicio es la intervención clave prevista desde Nación, para que servicios de excelencia brinden tutorías en los cambios a los servicios asistidos. Está orientada a favorecer cambios en las prácticas que sustentan el modelo de gestión — llave del problema— y el modelo de atención de la salud materno-infanto-juvenil y de la salud sexual y reproductiva de la mujer. El desafío es lograr que todo lo que se debe

hacer se pueda hacer. Lo cual no depende fundamentalmente del conocimiento teórico, sino de la capacidad de gestión de todos los implicados. También se prevén pasantías/intercambios horizontales, talleres y promoción de la participación comunitaria.

Regionalización de la Atención Perinatal significa el desarrollo, dentro de un área geográfica de un sistema de salud materno-infantil, coordinado y cooperativo en el cual, merced a acuerdos entre instituciones y equipos de salud se identifica el grado de complejidad que cada institución provee, basándose en las necesidades de la población. Lo cual permite alcanzar los siguientes objetivos: atención de calidad para todas las gestantes y recién nacidos, utilización máxima de la tecnología requerida y del personal perinatal altamente entrenado a un costo/efectividad razonable. Con la regionalización se planifican redes y corredores sanitarios, optimizando la articulación entre los diferentes efectores.

6) Comunicación

La comunicación social es una intervención clave, que tiene como propósitos: la construcción de demanda o ciudadanía, la difusión del Plan Operativo, así como la instalación social del problema.

Desarrollo

Desde septiembre de 2009 se ha comenzado la implementación del Plan en diferentes provincias argentinas: Chaco, Santiago del Estero, Formosa, Misiones y Jujuy. En algunas provincias ya se ha comenzado la capacitación en servicio. En mayo de 2010 está planeado comenzar el Plan en La Rioja y Entre Ríos. El propósito es abarcar en 2010 por lo menos 11 provincias.

b. Resumen para la Comunidad

En el 2000, la Organización de Naciones Unidas (ONU) estableció ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio; dos de los cuales son la reducción de la mortalidad infantil y la mejora de la salud materna.

En Argentina, los resultados de la salud materna, infantil, de los adolescentes y de las mujeres no son aún satisfactorios, teniendo en cuenta las tasas de mortalidad de otras naciones de la región. A su vez, la distribución de la mortalidad en Argentina es muy desigual: un recién nacido o una mujer embarazada tienen mayores probabilidades de vivir en la Región Patagónica o en la Ciudad de Buenos Aires que en las regiones del

Noroeste Argentino (NOA) y Noreste Argentino (NEA). Por ejemplo, en la provincia del Neuquén la mortalidad neonatal es la mitad de la tasa nacional, mientras que otras provincias triplican esos números.

Nuestro país tiene mejores resultados que Brasil, Bolivia y Colombia, pero sin embargo aún mueren demasiados niños, niñas y mujeres por causas prevenibles.

Ante esta situación, en el Consejo Federal de Salud, reunido en noviembre de 2008, los ministros acordaron la puesta en marcha de líneas de acción sobre esta problemática. En ese contexto, el Ministerio de Salud de la Nación elaboró un Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno-Infantil, de la Mujer y los Adolescentes.

La propuesta, impulsada por el ministro de Salud de la Nación, Dr. Juan Luis Manzur, a través de la Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios, se centra en detectar las principales causales que desencadenan la muerte de mujeres, adolescentes, niños y niñas de nuestro país para actuar sobre ellas. Se trata de focalizar en los procesos de gestión, recursos humanos, insumos e infraestructura que resulten un obstáculo para la correcta atención de la población en cada provincia.

Esta tarea implica el trabajo coordinado y articulado entre el Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios provinciales, con la convicción de que es una tarea que debe realizarse en conjunto para lograr disminuir las tasas de mortalidad materno-infantil, de la mujer y el adolescente.

Las acciones y desafíos encarados deben ser informados a la población a través de los medios de comunicación. La propuesta contempla la publicación de los avances y las dificultades en relación a las metas acordadas. Estos temas deben estar presentes en la agenda pública nacional y provincial, entendiendo que la información y la salud son derechos básicos de la ciudadanía.

El Plan se potencia con las múltiples estrategias ya existentes que han puesto en marcha las distintas jurisdicciones para incidir en el mejoramiento de la salud de las mujeres, adolescentes y niños/as; como por ejemplo: promoción de la lactancia materna, aseguramiento de las condiciones obstétricas neonatales esenciales, maternidades centradas en la familia, estrategia de alta conjunta, regionalización hospitalaria, mejoramiento de la información y vinculación en los distintos niveles de atención (referencia y contrarreferencia), etc.

Plan Operativo

Objetivos generales:

- Reducción de la mortalidad infantil (en sus dos componentes: neonatal y postneonatal).
- Reducción de la mortalidad materna.
- Reducción del embarazo en la adolescencia no planificado.
- Reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer cérvico-uterino
- Reducción de los egresos hospitalarios por aborto.

Metas nacionales

Las políticas de salud efectivas requieren de resultados mensurables, estableciendo prioridades y definiendo metas cuantificables. Se han trazado metas y establecido compromisos formales de lograrlas.

Población objetivo

Las actividades de este plan están centradas en los niños, las embarazadas, las mujeres y los adolescentes.

La población objetivo está constituida por los niñas/os menores de 1 año y, entre ellos, los prematuros con un peso de nacimiento menor a 2.000 gramos, en función de su mayor riesgo de muerte. El plan se enfoca en las mujeres en edad fértil (10 a 49 años), especialmente en adolescentes y/o embarazadas; y en las mujeres en mayor riesgo de cáncer Cérvico-uterino (35 a 64 años).

Si bien el plan está destinado a la reducción de la mortalidad, las acciones encaradas redundarán en una mejora de la salud de la comunidad en general.

Metodología de trabajo

Las principales líneas de trabajo del Plan constan de los siguientes puntos:

- Acuerdo político-institucional en los máximos niveles de conducción nacional, provincial y municipal.
- Establecimiento de metas y compromiso formal para su logro.
- Plan de trabajo elaborado con los actores sociales involucrados.
- Asistencia técnica, monitoreo y evaluación periódica del cumplimiento del Plan.

- Capacitación en servicio.
- Comunicación social.

El punto de partida es el acuerdo institucional entre el gobernador de la provincia y su ministro de Salud, y el Ministerio de Salud de la Nación, quienes suscriben un Acta Acuerdo en la que se establecen las metas a lograr.

Ese plan de trabajo que se acuerda con las provincias se propone:

- Iniciar/continuar un proceso de acompañamiento de la nación a las provincias, mediante la asistencia técnica y capacitación en servicio.
- Sumar a todos aquellos actores involucrados directa o indirectamente con todos los niveles de atención, además de otros programas vinculados.
- Generar espacios para la definición conjunta de problemas y el diseño de propuestas de solución.

Durante las jornadas se trabaja en la identificación de las causas que mayor incidencia tienen en la mortalidad de mujeres y niños/as. Posteriormente se definen propuestas para su reducción.

A nivel nacional se conforma un equipo de salud por provincia (compuesto por las distintas áreas/programas materno-infantiles, de la mujer y el adolescente) encargado de realizar el seguimiento del proceso.

Entre las intervenciones planteadas por el Plan Operativo se encuentran el monitoreo, la evaluación y la devolución a las autoridades políticas, con la expectativa de cambios en las políticas de salud, así como el establecimiento de nuevas metas.

En el último trimestre de 2009 se ha firmado acta acuerdo e iniciado acciones con las provincias del Chaco, de Santiago del Estero y de Formosa; y hasta abril de 2010 se han incorporado Misiones y Jujuy.

Durante el 2010, se proyecta comenzar con las actividades en otras provincias dando continuidad a los programas de capacitación en servicios, asistencia técnica y demás acciones previstas.

1. Presentación

En nuestro país, los resultados de la salud materna, infantil, de los adolescentes y de las mujeres no son aún satisfactorios, teniendo en cuenta las tasas de mortalidad de otras naciones de la región. A su vez, la distribución de la mortalidad en Argentina es muy desigual: un recién nacido o una mujer embarazada tienen mayores probabilidades de vivir en la Región Patagónica o en la Ciudad de Buenos Aires que en las regiones del Noroeste Argentino (NOA) y Noreste Argentino (NEA). Por ejemplo, en la provincia del Neuquén la mortalidad neonatal es la mitad de la tasa nacional, mientras que otras provincias triplican esos números.

Nuestro país tiene mejores resultados que Brasil, Bolivia y Colombia, pero sin embargo aún mueren demasiados niños, niñas y mujeres por causas prevenibles.

El diagnóstico puede ser analizado en varios niveles. Un primer nivel biológico, que interpreta las causas médicas de los mismos y su relación causal con las tasas de mortalidad. Un segundo nivel, que incluye el análisis de la gestión de los servicios, en cuanto a los modelos de atención, las fallas en el proceso y los resultados de la atención preventiva y curativa, y el gasto en salud. Un tercer nivel, que se relaciona con las características del sistema de salud, en tanto que permite establecer pertinencias de las intervenciones y comprender el marco de la planificación.

La propuesta, impulsada por el ministro de Salud de la Nación, Dr. Juan Luis Manzur, a través de la Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios, se centra en detectar las principales causales que desencadenan la muerte de mujeres, adolescentes, niños y niñas de nuestro país para actuar sobre ellas. Se trata de focalizar en los procesos de gestión, recursos humanos, insumos e infraestructura que resulten un obstáculo para la correcta atención de la población en cada provincia.

Hasta la fecha se ha indagado exhaustivamente en el diagnóstico, pero no así en las acciones necesarias para modificar esta situación de manera integral. El Ministerio de Salud de la Nación desarrolla desde hace años numerosas acciones y programas para reducir la mortalidad infantil y materna; las muertes por abortos inseguros; y la mortalidad de la mujer, especialmente por cáncer cérvico uterino y de mama.

En el Consejo Federal de Salud (COFESA), reunido en noviembre de 2008, se acordó un Plan Estratégico para la Reducción de la Mortalidad Materna y la Mortalidad Infantil 2009 - 2011, donde se describen políticas sustanciales y a las que adhirieron el conjunto de las provincias. Asimismo, desde el Ministerio de Salud de la Nación se han promovido otras políticas como la regionalización de la atención perinatal y en el fortalecimiento de los Comités de Análisis de las Mortalidades Materna e Infantil.

La presente propuesta sostiene la necesidad de explorar nuevas formas de intervención con el fin de lograr resultados más rápidos y contundentes y, poder así, cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y de las metas del Plan Federal de Salud. En este sentido, desde la Subsecretaría de Salud Comunitaria se elaboró el Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno-Infantil, de la Mujer y el Adolescente.

Esta tarea implica el trabajo coordinado y articulado entre el Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios provinciales, con la convicción de que es una tarea que debe realizarse en conjunto para lograr disminuir las tasas de mortalidad materno infantil, de la mujer y el adolescente. El Plan se potencia con las múltiples estrategias ya existentes que han puesto en marcha las distintas jurisdicciones para incidir en el mejoramiento de la salud de las mujeres, adolescentes y niños/as; como por ejemplo: promoción de la lactancia materna, aseguramiento de las condiciones obstétricas neonatales esenciales, maternidades centradas en la familia, estrategia de alta conjunta, regionalización hospitalaria, mejoramiento de la información y vinculación en los distintos niveles de atención (referencia y contrarreferencia), etc.

Las acciones y desafíos encarados deben ser informados a la población a través de los medios de comunicación. La propuesta contempla la publicación de los avances y las dificultades en relación con las metas acordadas. Estos temas deben estar presentes en la agenda pública nacional y provincial, entendiendo que la información y la salud son derechos básicos de la ciudadanía.

El trabajo de implementación del plan comienza con la 'voluntad provincial' en el máximo nivel político para la realización de acciones que modifique la situación actual de los servicios de salud, voluntad que se plasma en la firma de un Acta-Acuerdo donde se establece la tasa de mortalidad materno-infantil a la que la provincia se compromete a alcanzar en 2011.

Asimismo, se realizan jornadas participativas con los referentes nacionales y provinciales de los ministerios y del sistema de salud para definir las causas de los problemas y proponer acciones al respecto. A la vez, se informa a la población sobre los compromisos asumidos a través de los medios de comunicación.

Las acciones centrales a realizar en cada jurisdicción son:

1. Capacitación

- Capacitación en servicio
- Pasantías / intercambios horizontales

- Asistencia técnica

- Talleres, encuentros, cursos, seminarios.

2. Regionalización perinatal

3. Provisión de equipamiento e insumos críticos

4. Financiación de prestaciones

5. Participación comunitaria

6. Comunicación social:

- Construcción de demanda por parte de la ciudadanía

- Difusión del plan operativo

- Instalación social del problema. Incorporación en la agenda pública.

7. Seguimiento y monitoreo conjunto. Evaluación de resultados parciales y finales. Propuesta de nuevas políticas.

2. El problema

2.1 Marco conceptual

La mortalidad infantil, materna, de las mujeres y de los adolescentes se define a partir de los compromisos asumidos por el Estado Argentino en materia de convenciones de derechos humanos, de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, del Plan de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, y las demás normativas nacionales en materia de salud en el marco de la perspectiva de no discriminación y equidad de género.

La mortalidad materna e infantil se identifica como un incumplimiento de los derechos humanos de las mujeres y de los niños y niñas. Se trata de la violación de estándares internacionales reconocidos y acordados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en otros tratados internacionales (CEDAW 1979, Convención Americana de Derechos Humanos 1969 y el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales) y de la Constitución Nacional Argentina de 1994.

La mayoría de los países de la región cuentan con normas que protegen a la maternidad y a la infancia, pero con frecuencia estas disposiciones no se cumplen plenamente en la práctica. Los derechos referidos al embarazo, parto y crianza se encuentran reconocidos por los marcos jurídicos y normativos, pero su ejercicio no está garantizado en completamente, dado que en muchos países no se cuenta con servicios sociosanitarios adecuados.

Las muertes maternas e infantiles vulneran los siguientes derechos:

- A la vida, la libertad y la seguridad de la personas, al tratarse de muertes evitables.
- A conformar una familia y a poder disfrutar de la vida familiar. Con la muerte de un miembro queda trunco el desarrollo de la familia y los demás quedan en una situación de riesgo físico y psíquico.
- A la salud y a los beneficios del progreso científico, por las barreras de acceso, la baja calidad y la deficiente capacitación del personal de los servicios de salud.
- A la igualdad y a la no discriminación, porque evidencia las desventajas de muchas mujeres frente al acceso a la educación, al empleo, a la salud y a la capacidad de autonomía.

En el año 2000, la Organización de Naciones Unidas (ONU) estableció ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio; dos de los cuales son la reducción de la mortalidad infantil y la mejora de la salud materna. Entre los Compromisos de las Metas del Milenio para el Desarrollo (MDG):

- El OBJETIVO 4 compromete a la comunidad internacional a reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años. La Meta 4.A es reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años. Los indicadores son: 4.1 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años; 4.2 Tasa de mortalidad infantil; 4.3 Proporción de niños de 1 año inmunizados contra el sarampión.
- El OBJETIVO 5 compromete a la comunidad internacional a mejorar la salud materna. La Meta 5.A es reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna; los indicadores son: 5.1 Tasa (o razón) de mortalidad materna; 5.2 Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado; 5.3 Tasa de uso de anticonceptivos. La Meta 5.B es lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva; los indicadores son: 5.4 Tasa de natalidad entre las adolescentes; 5.5 Cobertura de atención prenatal (al menos una consulta y al menos cuatro consultas); 5.6 Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar.

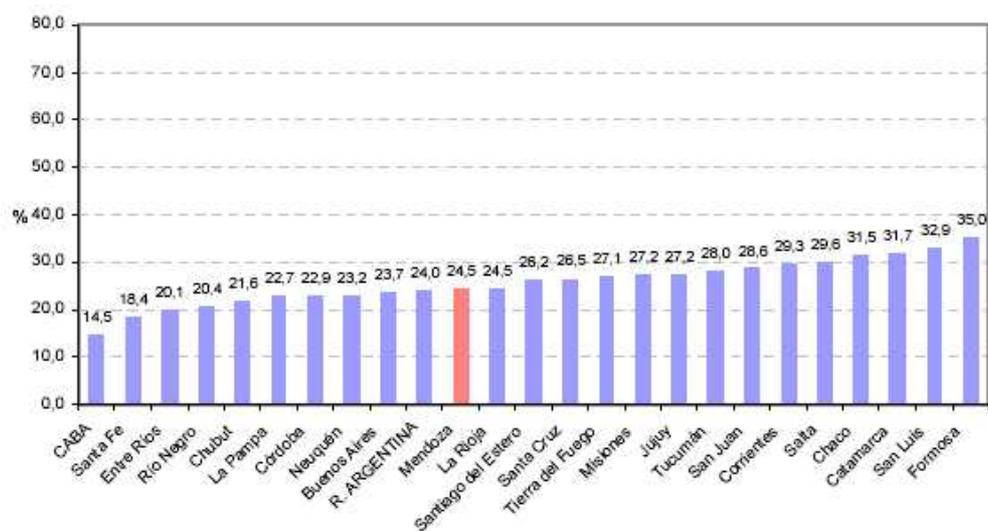
En 1990, la mortalidad materna en la Argentina fue de 5,2 por diez mil nacidos vivos. Para reducir este indicador en un 75%, tal como se plantea en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la mortalidad materna debería llegar a 1,3 por diez mil nacidos vivos en 2015. Este objetivo se encuentra lejos de ser alcanzado.

El Plan Federal de Salud 2004-2007 presentó como meta para el cuatrienio la disminución de la mortalidad infantil en un 25% con respecto a los valores del año 2002. Estableció la tasa de mortalidad infantil y neonatal de la jurisdicción con valor más alto no sea mayor al doble de la tasa de la jurisdicción con valor más bajo. Respecto a la mortalidad materna, planteó una reducción del 20% para la Argentina y del 50% para las jurisdicciones con mayores tasas, teniendo que logra estas últimas una razón de mortalidad materna no mayor al doble de la tasa nacional.

2.2 Diagnóstico de la situación de la mortalidad materno-infantil, de los adolescentes y las mujeres Las mortalidades infantil y materna son el reflejo de una multiplicidad de causas: condiciones ambientales y socioeconómicas, calidad de atención sanitaria y proceso reproductivo y son indicadores del desarrollo social de una nación.

Las muertes de los niños menores de un año de edad y de las mujeres, en particular en los grupos más vulnerables, son dos de los problemas sociales y de salud pública más importantes en la Argentina. Por ejemplo, las muertes de niños menores de 1 año de edad representan el 24,5% de los años de vida potenciales perdidos de la Argentina, con grandes variaciones interprovinciales (Figura 1).

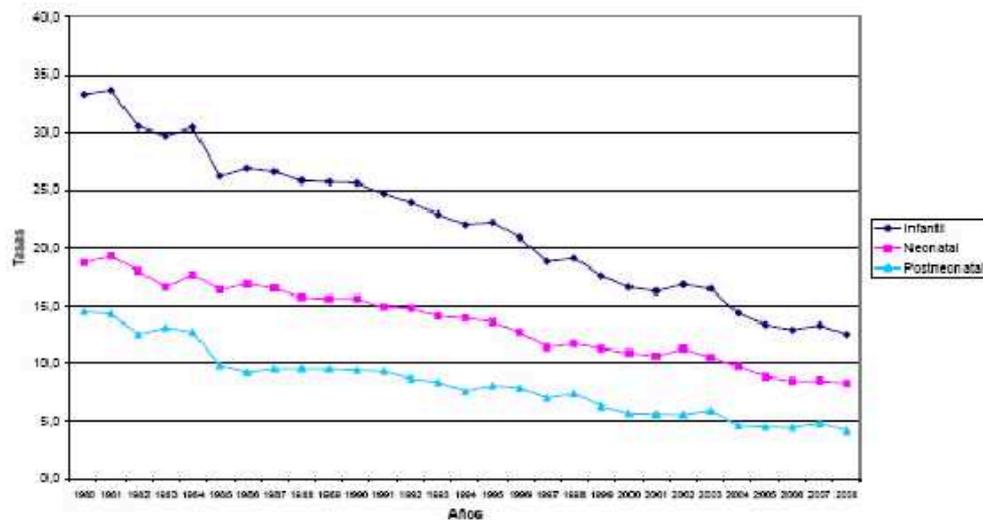
Figura 1. Años potenciales de vida perdidos de menores de 1 año sobre los totales (%) por jurisdicción de residencia de la madre.



Fuente: elaboración propia sobre información de la DEIS. Año 2007.

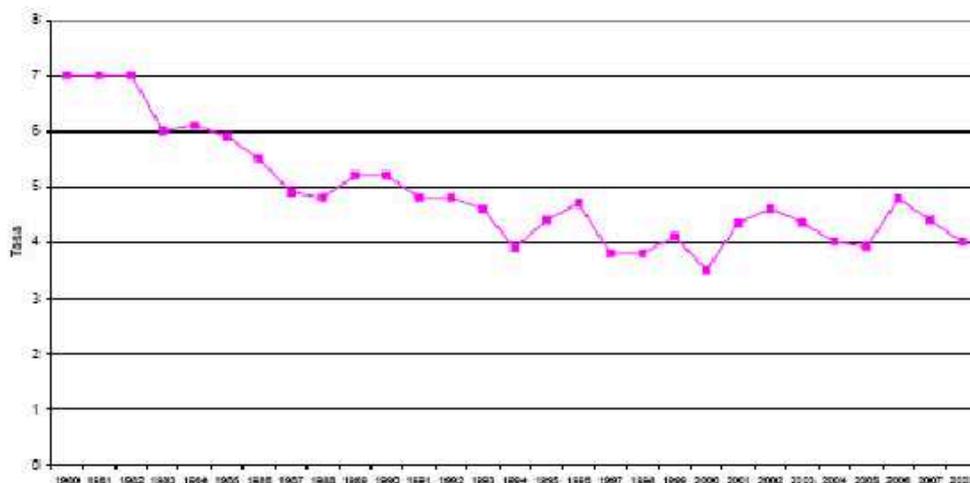
Las tasas de mortalidad materna e infantil han descendido desde 1980, sin embargo a partir de 1994 la mortalidad materna se estabilizó, en torno a las 4 muertes por cada 10.000 nacidos vivos (Figuras 2 y 3). En 2008, hubo 296 defunciones maternas y 9.341 defunciones en menores de 1 año de edad, con una razón de mortalidad materna de 4 y una tasa de mortalidad infantil de 12,5 ‰.

Figura 2. Tasas de Mortalidad Infantil, Neonatal y Postneonatal (cada 1.000 nacidos vivos). República Argentina. Años 1980-2008.



Fuente: DEIS.

Figura 3. Tasas de mortalidad materna cada 10.000 nacidos vivos. República Argentina. Años 1980-2008.



Fuente: DEIS.

Cuando la tasa de mortalidad infantil es menor a 20 ‰ nacidos vivos, como en la Argentina, predomina la mortalidad neonatal. Ello se debe fundamentalmente a que las causas más importantes de mortalidad neonatal (bajo y muy bajo peso al nacer, prematuridad y malformaciones congénitas corregibles) requieren de tecnologías

curativas complejas en la mayoría de los casos. Son limitadas las posibilidades de prevención de estas condiciones (reducción del bajo y muy bajo peso al nacer o malformaciones congénitas) aun con acciones preventivas de alta cobertura y calidad.

Tabla 1. Defunciones infantiles y tasas por 1.000 nacidos vivos de mortalidad infantil, neonatal y postneonatal, República Argentina - año 2008.

NACIDOS VIVOS	DEFUNCIONES INFANTILES					TASAS MORTALIDAD INFANTIL				
	TOTAL	NEONATALES			POSTNEONATALES	TOTAL	NEONATAL			POST-NEONATAL
		SUBTOTAL	0-6 días	7-27 días			SUBTOTAL	Precoz	Tardía	
746,460	5,341	6,196	4,466	1,730	3,145	12.5	8.3	6.0	2.3	4.2

Fuente: DEIS.

En 2008, dos tercios de las muertes infantiles fueron neonatales, en las cuales predominaron las muertes neonatales precoces. La composición de la mortalidad neonatal demuestra que las causas más importantes son el nacimiento de bajo peso (<2.500 grs) y muy bajo peso (< 1.500 grs) que en la mayoría de los casos corresponde a nacimientos prematuros (menor a 37 semanas de gestación). Los nacimientos de bajo peso corresponden a 7% de los nacidos vivos y los de muy bajo peso a 1%, con frecuencias muy estables en el tiempo y escasa diferencia entre las provincias a pesar de los distintos grados de desarrollo económico-social entre las mismas.

En la actualidad, 6 de cada 10 de muertes de recién nacidos pueden evitarse con un buen control del embarazo, una atención adecuada del parto, y diagnóstico y tratamiento precoz.

Más de 99% de los partos son institucionales lo que significa que el mayor problema es la baja sobrevivencia en las neonatologías de los neonatos con bajo y muy bajo peso al nacer.

La segunda causa de muerte infantil lo constituyen las malformaciones congénitas, de ellas entre 50 y 60% corresponde a las cardiopatías congénitas. Se estima que en nuestro país del total de nacimientos anuales, 6.100 presentan cardiopatías congénitas y 4.300 requieren intervención quirúrgica.

En la mortalidad infantil por causas reducibles, las infecciones respiratorias ocupan el tercer lugar, luego de las causas perinatales y las malformaciones congénitas. Cerca de 900 niños menores de 1 año fallecen anualmente por esta causa. Los menores de 4 meses concentran la mayor mortalidad, preferentemente durante los meses de invierno, cuando el sistema sanitario no logra responder ante el aumento de la demanda. Esto se observa cuando el pico estacional es más elevado y el déficit de recursos pronunciado.

La mortalidad domiciliaria ocurre con mayor frecuencia en el grupo post-neonatal, llegando al 20% en el área metropolitana. Intervienen varios factores, entre los cuales, la falta de visibilidad de los factores de riesgo por parte del equipo de salud, la falta de alarma de la gravedad del cuadro por parte de la población y, las dificultades en el acceso a los servicios de salud son los más frecuentes.

También la muerte súbita del lactante ocurre en el domicilio. Estos es necesario trabajar en la calidad de los registros de las causas de defunción y en la promoción de conductas saludables, a fin de disminuir el riesgo.

Respecto a las causas de mortalidad materna, de las 296 ocurridas durante el año 2008, 62 fueron por complicaciones derivadas de abortos inseguros (20,9%); 45 debido a trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio (15,2%), 12 por placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y hemorragia ante parto, 21 por hemorragia del postparto, 39 por sepsis (13,2%) y 58 por otras causas directas. Unas 59 muertes se produjeron como consecuencia de causas indirectas (19,9%), incluyendo la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

En la mortalidad materna se conjugan diversos factores. Las desventajas de muchas mujeres frente al cuidado de su salud sexual y reproductiva se ponen de manifiesto frente a la menor autonomía en decisiones acerca de la sexualidad y reproducción. La pobreza, la condición étnica y la juventud acentúan las condiciones de desigualdad y discriminación de género. Se acentúan también la posibilidad de acceso a servicios de calidad, que tengan en cuenta las necesidades específicas de las mujeres, y la prevención de embarazos no deseados.

La mayoría de las mujeres que mueren por causas maternas son las que se encuentran en una mayor citación de vulnerabilidad socio-económica. La mortalidad materna es consecuencia del desequilibrio en la distribución de los riesgos de enfermar y morir relacionados con la capacidad reproductiva de las mujeres. La edad en que se produce la concepción es también un factor determinante para la salud de las madres, en general la maternidad de niñas y adolescentes implica mayores riesgos de morbilidad y mortalidad.

La desigualdad de género es el principal determinante de la problemática, el respeto a la autonomía de la mujer, y al derecho a decidir sobre su vida y su cuerpo constituyen aspectos fuertemente vinculados a la salud materna.

En nuestro país, las asimetrías respecto de la mortalidad infantil y materna son muy pronunciadas: las jurisdicciones con mayor ingreso per cápita tienen tasas muy inferiores respecto a las jurisdicciones más pobres. Esta asimetría se pronuncia aún más hacia el interior de cada provincia.

Figura 4. Tasa de Mortalidad Infantil (cada 1.000 nacidos vivos) según jurisdicción de residencia de la madre. República Argentina. Año 2008.

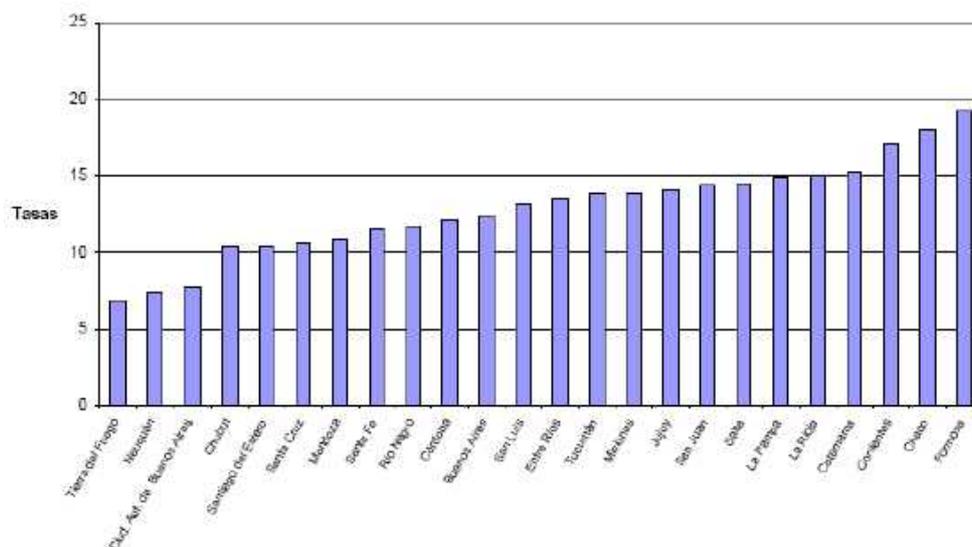
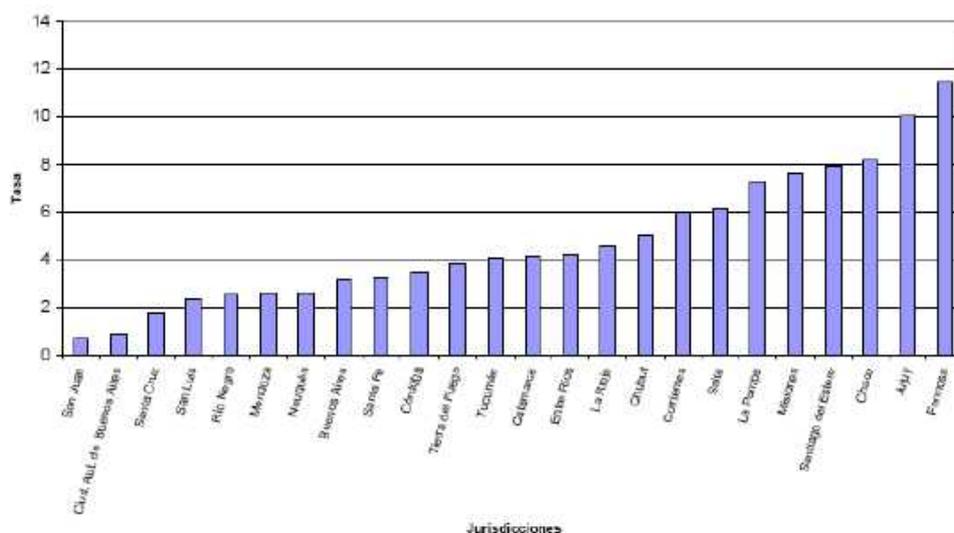


Figura 5. Tasas de mortalidad materna (cada 10.000 nacidos vivos), según jurisdicción de residencia. República Argentina. Año 2008



Fuente: DEIS.

Más allá de que el plan defina como problema central la mortalidad de mujeres, niños/as y adolescentes, se parte del supuesto de que las acciones desarrolladas lograrán un impacto en la morbilidad, a la vez que se abordan estrategias específicas para la disminución de la morbilidad.

En este sentido, se impulsan acciones preventivas como mejorar la cobertura de inmunizaciones, el fomento de la lactancia materna y la alimentación adecuada, la promoción del ambiente saludable y el desarrollo infantil; teniendo en cuenta que las prácticas de crianza desde los primeros años de vida impactan en la salud de la población y en la calidad de vida.

Estas acciones impactan de manera indirecta en la reducción de la mortalidad: A modo de ejemplos, la organización del espacio físico para el desarrollo de los niños es una manera de prevenir los accidentes intradomiciliarios, la lactancia materna y la alimentación adecuada previenen enfermedades, la posición al dormir en decúbito dorsal disminuye el riesgo de muerte súbita del lactante.

De la misma forma, las patologías asociadas a las muertes maternas son a su vez las principales causas de enfermedad y discapacidad de mujeres en edad reproductiva. De acuerdo con la opinión de las y los expertos, los principales determinantes de la mortalidad materna son:

- Desigualdad de género: persistencia de patrones de relaciones de subordinación y violencia hacia la mujer.
- Desconocimiento y violación de los derechos sexuales y reproductivos: déficit a la hora de garantizar el acceso irrestricto a los métodos anticonceptivos, incluida la ligadura tubaria.
- Fallas en el control y cumplimiento de leyes nacionales y provinciales: leyes de Salud Sexual y Reproductiva.
- Pobreza y marginalidad social.
- Irregularidades en el sistema de salud y la calidad de atención: discontinuidad en la aplicación y monitoreo de los Programas de Salud Sexual y Reproductiva, discontinuidad en la provisión de insumos y barreras en el acceso a los servicios.
- Atención del parto en maternidades sin condiciones obstétricas y neonatales adecuadas.
- Escaso uso de intervenciones perinatales beneficiosas para reducir la mortalidad materna: uso de sulfato magnesio para el tratamiento de la eclampsia y su prevención en mujeres preeclámpicas, acompañamiento durante el trabajo de parto y manejo activo del alumbramiento.
- Desatención de las nociones de autocuidado y derechos humanos en los programas curriculares de educación sexual y ciencias médicas.

En relación con los y las adolescentes, las principales causas de muerte son las lesiones, los suicidios, los tumores y los problemas relacionados con la sexualidad y la procreación, estos últimos son los priorizados en el presente plan operativo.

Respecto al embarazo adolescente, los indicadores marcan un aumento en proporciones diferentes en las provincias. De 700.792 recién nacidos vivos en la República Argentina en 2007; 2.841 (0,4%), fueron de una madre menor de 15 años de edad y; 106.720 (15,2%), de una madre entre 15 y 19 años de edad. Como muestra de la variabilidad en la proporción de embarazos adolescentes, en la Ciudad de Buenos Aires, sólo 7,2% de los partos son de madres menores de 20 años de edad, mientras que en la Provincia del Chaco este porcentaje llega a 24,5%.

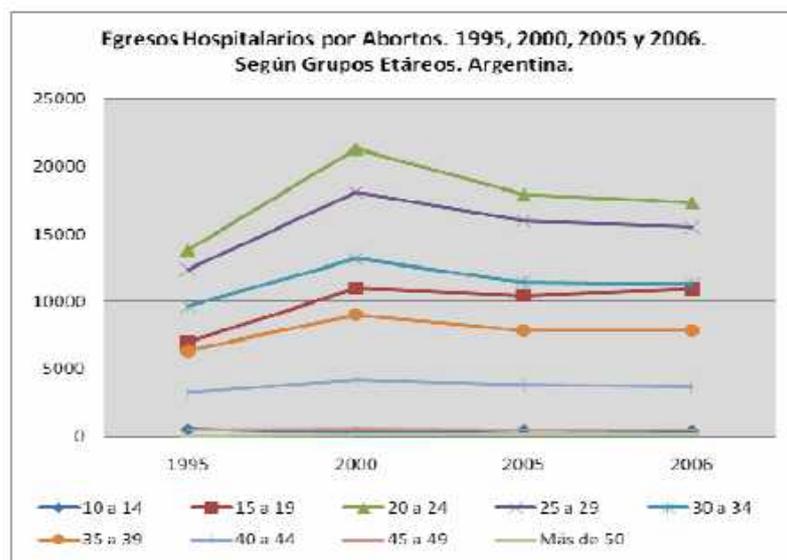
Por su parte, los últimos diez años muestran una leve disminución de las muertes maternas por embarazos terminados en aborto, pasando de un 33% del total de muertes maternas en 1998 a 22% en 2007. Sin embargo, las cifras son fluctuantes y existen variaciones importantes: 2004 es el año en que mayor número de muertes maternas se registraron por esta causa (32% del total). De las 74 muertes maternas como consecuencia de abortos inseguros, el 40,5% corresponde a mujeres de entre 15 y 24 años. Entre las causas obstétricas directas, 39 muertes del total de 152, fueron mujeres entre 10 y 24 años. Para el grupo de mujeres adolescentes y jóvenes, entre 15 y 24 años, las causas muertes relacionadas con el embarazo, parto y puerperio son la cuarta causa de muerte (98 muertes por año). En el año citado, hubo una leve tendencia descendente de las muertes maternas en adolescentes, en base al descenso de causas obstétricas directas y un aumento del aborto. Este escenario indica que desde jóvenes, las mujeres de nuestro país se encuentran con riesgos para su salud que ponen en evidencia inequidades de género, económicas y geográficas.

De manera semejante a lo que ocurre en el resto del mundo, los embarazos no planificados en la Argentina representan alrededor del 60% del total. Esta cifra aumenta a 90% en el caso de las adolescentes. Según la Organización Mundial de la Salud de los 211 millones de embarazos que según se estima se producen cada año, unos 46 millones acaban en abortos provocados.

Si bien no existen en la Argentina estudios en profundidad, investigaciones realizadas en otros países de la región indican que entre las principales causas del embarazo no planificado se encuentra el fallo del método anticonceptivo, la multiparidad, el uso incorrecto del método como resultado muchas veces de la falta de asesoramiento o la mala calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, la inequidad de género y la violencia sexual. Se calcula que cerca de un 50% de estos embarazos termina en aborto provocado e inseguro. Según una investigación realizada por la Comisión Nacional de Salud Investiga, se estimó que el número de abortos inducidos en la Argentina resulta en un volumen que oscila entre 314.000 y 595.000 abortos anuales, valores que representan un promedio de un aborto por cada dos nacidos vivos. Aun cuando la población en edad fértil tiene una alta prevalencia de uso de anticonceptivos, se desconoce la consistencia y frecuencia en el uso de los mismos.

Los egresos hospitalarios por aborto han disminuido entre el año 2005 a 2006 en casi todos los grupos etáreos, con excepción del grupo de 15 a 19 años y 45 a 49 años, donde se ha registrado un leve aumento (Figura 6). Para el grupo de adolescentes, 2006 ha sido el año en el que se han registrado los valores más altos de los últimos 11 años.

Figura 6



Fuente : DEIS

Para un 25% de las mujeres menores de 20 años embarazadas en el año 2007, dicho embarazo fue el primero. Esta repitencia indica dificultades en los servicios para lograr un aumento en el intervalo intergenésico, e incrementa a una edad madura, el riesgo al momento del parto.

Desde el punto de vista biológico un embarazo en la adolescencia no presenta un riesgo mayor, embargo en la práctica se observa que la deserción escolar, la multiparidad, el acortamiento del período intergenésico, entre otros factores, puede provocar un aumento del riesgo de morbi-mortalidad de los hijos de madres adolescentes.

La alta frecuencia de embarazo adolescente responde a una multiplicidad de factores que requieren un abordaje integral que incorpore los condicionantes culturales, sociales, políticos y económicos. Es necesario pensar el embarazo adolescente dentro del campo más amplio de los derechos sexuales y reproductivos, y con un enfoque de género, que permita terminar con la inequidad social y reducir los riesgos en la salud de los y las jóvenes. El abordaje de estas cuestiones en la adolescencia y juventud debe ser pensado con un criterio integral con espacios y tiempos diferenciados.

Entre las causas de mortalidad de las mujeres en 2007, las más importantes son el cáncer de cuello de útero, que ocasionó 2.507 muertes y el cáncer de mama, con 5.395 muertes. El 82% de las muertes por cáncer de cuello de útero ocurren en mujeres mayores de 40 años.

El cáncer de cuello de útero es el tumor que refleja con mayor crudeza la desigualdad social en salud. Es el segundo cáncer más común entre mujeres y la segunda causa de muerte por cáncer, siendo que la enfermedad es casi completamente prevenible con los conocimientos y tecnologías actualmente disponibles. Afecta principalmente a mujeres de menor nivel socio-económico, socialmente vulnerables, que no acceden a los servicios de tamizaje. La enfermedad y muerte de estas mujeres tienen consecuencias devastadoras para las condiciones de vida de sus familias, con pérdida de trabajo, ingresos, y ausentismo escolar de los niños del hogar. El cáncer de cuello de útero no sólo afecta a las mujeres más pobres, sino que es a su vez un factor de pobreza y vulnerabilidad social.

Existe suficiente evidencia científica que indica que el tamizaje de las lesiones precursoras del cáncer cervical entre los 35 y 64 años mediante la citología convencional en un programa de alta calidad reduce la incidencia del cáncer cervical en un 80% o más.

Los enfoques planteados, deben considerar poblaciones en las cuales la problemática es aún más acuciante, como las poblaciones indígenas o las migrantes, para las cuales, los enfoques por provincia pueden resultar insuficientes.

La Dirección de Estadísticas e Información de la Salud (DEIS) publicó en el Anuario Estadístico 2008 una disminución de la tasa de mortalidad infantil (de 13,3 a 12,5‰), que no fue acompañada de una reducción en la cantidad absoluta de muertes de menores de un año, sino más bien por un aumento considerable de los nacidos vivos: se registró un incremento de la natalidad de 6,57%, lo que equivale a 46.000 partos más en 2008 respecto a 2007.

Respecto a la tasa de mortalidad materna también hubo una reducción (de 4,4 a 4,0 ‰), donde actuó también una leve reducción en la cantidad absoluta de defunciones maternas (10 menos en 2008 en comparación a 2007)

El análisis de la información genera dos reacciones: por un lado, el riesgo de muertes infantiles y maternas ha disminuido; por otro, la mayor natalidad podría estar indicando irregularidades en las políticas de salud sexual y procreación responsable.

Bajo esta mirada, se han identificado los siguientes problemas prioritarios: mortalidad infantil, materna, de los adolescentes y de la mujer, especialmente por cáncer de cuello cérvico uterino y de mama, las barreras en el acceso a la salud sexual y a la procreación responsable.

2.3 Diagnóstico de los Servicios de Salud

Se han identificado los siguientes problemas, que se asocian al diagnóstico de situación de la mortalidad materno-infantil, de los adolescentes y la mujer, el acceso a la salud sexual y reproductiva del adolescente como los nudos críticos más sobresalientes en cuanto a la cobertura y calidad de atención materno-infantil:

1. Desarticulación de los Programas Materno Infantiles provinciales: se generan mecanismos paralelos, se superponen acciones y se desaprovechan los mecanismos regulares del sistema de salud. Esto debilita la óptima llegada de los programas a los diferentes niveles de atención. Los sistemas de información provinciales presentan dificultades (en la carga, circulación, evaluación y análisis) que obstaculizan la correcta utilización de los datos.

2. Las Redes Perinatológicas se encuentran desorganizadas o inexistentes, aún en aquellas provincias en las que las Zonas Sanitarias están establecidas. Esto impacta negativamente en la llegada adecuada y oportuna de las prestaciones a la población

3. Los diferentes servicios de atención que componen el sistema público de salud presentan dificultades de gestión. Existen prácticas no acordes con las normas de atención materno infantil y de la salud sexual y reproductiva. Esto repercute sobre la cobertura y calidad de las prestaciones, que distan de alcanzar el nivel óptimo.

4. Se encuentran barreras de accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva en el primer y segundo nivel de atención.

5. Dificultades al acceso para adolescentes y jóvenes, a raíz del desconocimiento legal para asumirlos como sujetos de derecho en relación con el sistema de salud que redundan en retrasos con desenlaces fatales en muchos casos.

6. A nivel hospitalario, existen problemas en la gestión de los recursos, desarticulación entre Servicios y Areas de Apoyo, y entre el Hospital, el Primer Nivel de Atención y el Nivel Central.

Respecto al Primer Nivel de Atención, es posible afirmar que se encuentra desarticulado respecto al segundo y tercer nivel. Responde a la demanda espontánea, sin área programática o responsabilidad nominada.

En los servicios de internación pediátrica, las complicaciones respiratorias son la primera causa de internación. Durante el pico estacional de las enfermedades respiratorias la dotación de camas críticas en el área metropolitana es deficitaria, situación que se replica en algunas regiones del país y varía de acuerdo a la gravedad de la situación epidemiológica. La apertura de nuevos servicios y ampliación de camas no va acompañada del incremento del personal necesario, lo que repercute en las condiciones de internación, el riesgo de aumento de infecciones intrahospitalarias y demoras en el acceso a la internación, con la agravación del cuadro, las dificultades en el traslado del paciente crítico y/o la muerte en tránsito.

En cuanto a la caracterización de los servicios, se replican las mismas fallas estructurales que hay en los servicios de neonatología, como lo demuestra el estudio de mortalidad en menores de 5 años en la Argentina realizado en el 2006, donde se evaluaron cerca de 100 servicios pediátricos y 140 neonatales.

El control prenatal en las principales maternidades del sector público que atiende a la población más pobre es deficiente: los resultados globales marcan un 22% de control nulo. En la mayoría de las provincias los controles son insuficientes y con alta frecuencia de controles tardíos. Algunas provincias, con un mejor desarrollo global de la atención primaria, presentan indicadores aceptables en calidad del control prenatal. A partir de la

promoción y financiación de las trazadoras por el Plan Nacer, se ha mejorado el número de los controles prenatales, sin evidenciarse cambios significativos en los resultados sanitarios.

En relación con la calidad de la atención curativa neonatal, el estándar general en los cuidados intermedios e intensivos no es satisfactorio, hay elevadas tasas globales de mortalidad neonatal. Existen grandes diferencias entre las provincias, los mejores resultados tanto en el sector público como privado corresponden a las instituciones con mayor número de partos (> 2000/año) y con cuidados intensivos neonatales. Ante la falta de regulación y control del Estado sobre el sistema de atención curativo neonatal, existe el mismo patrón de desorganización de la atención. Hay un exceso de maternidades con bajo número de partos en las que hay unidades de cuidados intensivos neonatales. La proliferación de efectores es parcialmente responsable de la detención en la disminución de la mortalidad neonatal, además de llevar a un uso ineficiente de los recursos del estado (en el caso del sector público) y de los recursos privados (en los sectores que requieren de un tercer pagador). Esta situación contrasta con los resultados observados en sistemas fuertemente regulados por el Estado en cuanto a número, calidad, distribución y costos de las unidades neonatales públicas y privadas.

En relación con otros países, en la Argentina hay una cantidad excesiva de unidades de terapias intensivas neonatales, situación que provoca resultados ineficientes (Tabla 1).

Tabla 1. Comparación de oferta de neonatologías por país

PAÍS	Población en millones	Nº de unidades de terapias intensivas neonatales	Habitantes por unidades de terapias intensivas neonatales	Mort. Infantil	Médicos x 10.000 hab.	Enfermeras x 10.000 hab.	Razón médicos/enfermeras
Argentina	38	300	126.00	13	27	5	5.2
Chile	16	28	536.00	8	13	10	1.3
Canadá	32	22	1.450.000	4	23	90	0.3
EEUU	300	600	500.000	6	28	97	0.3
R.Unido	61	155	400.000	5			

Fuente: A Schwarcz, 2007

Las acciones de referencia y derivación antenatal de embarazadas de alto riesgo, a las maternidades en las que se puede atender la complejidad de las gestantes y el neonato, también impactan en la disminución de la morbilidad y mortalidad neonatal y materna. Estas acciones se aplican no sólo a la derivación oportuna antes del parto sino también en el logro de la detención farmacológica del trabajo de parto prematuro para permitir maduración fetal en un porcentaje aceptable de casos (15%), lo que tiene efectos favorables sobre la morbilidad y la mortalidad neonatal.

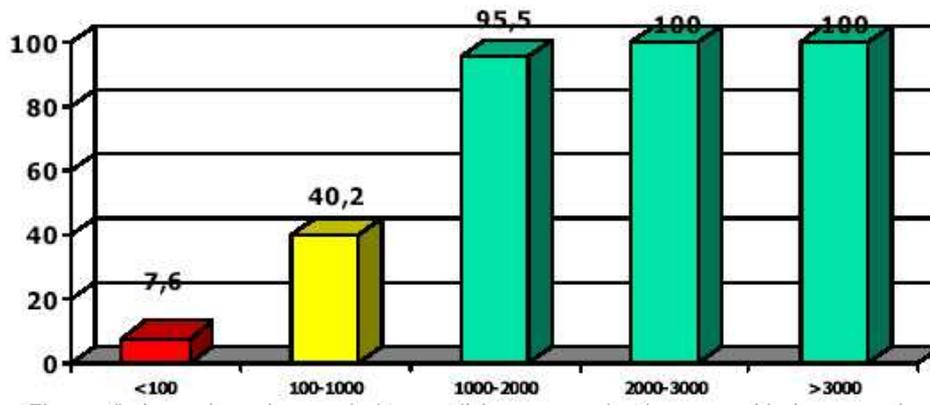
La variable más importante para lograr la sobrevivencia de los recién nacidos de muy bajo peso es la calidad de la neonatología; que se logra, generalmente, con un alto volumen de trabajo que genera experiencia y destreza (expertise).

En relación con el transporte neonatal, un estudio realizado en el Hospital Garrahan demostró graves fallas en la estabilización respiratoria, circulatoria y metabólica de neonatos graves derivados de las maternidades de origen por serias enfermedades neonatales.

En el estudio sobre las maternidades del sector público de la Argentina realizado en 2004, se recopiló información de 768 maternidades —el 87,6%— respecto de las 876 totales. En las maternidades evaluadas se realizó un total de 419.692 partos, el 91% de los partos públicos del país. Al analizar las maternidades según el número de partos anuales, se observa que el 40,5% de las maternidades del país asisten menos de 100 partos/año; el 46,3% de 100 a 1.000 partos/año; el 6,3% de 1.000 a 2.000; el 3,3% de 2.000 a 3.000 y 3,3% más de 3.000 partos/año.

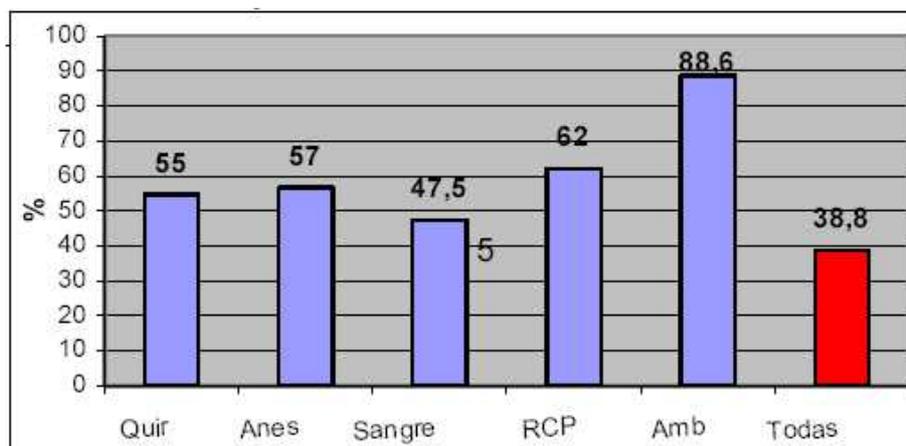
Cuando se analizan las instituciones que cumplen con todas las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE) según el número de partos al año, sólo el 7,6% de las maternidades de menos de 100 partos/año cumplen las mencionadas condiciones; el 40,2% de las Maternidades de 100 a 1.000 partos/año; el 95,5% de las de 1.000 a 2.000 partos/año y por encima de 2.000 partos/año cumplen todas las condiciones (Figura 5).

Figura 5. Porcentaje de cumplimiento de las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales, según número de partos anuales en 768 Maternidades. Argentina 2003-2004



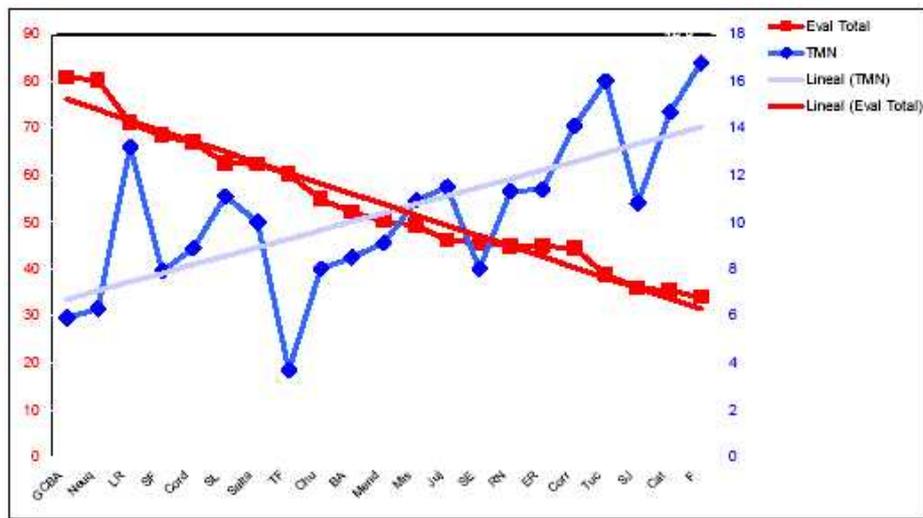
El cumplimiento de cada una de las condiciones en todas las maternidades no es igual: las condiciones quirúrgicas se cumplen en el 55%, anestésica en el 57%, sangre segura disponible en el 47,6%, posibilidad de brindar reanimación cardiopulmonar neonatal (RCP) en el 62% y ambulancia disponible en el 88,6%. Todas estas condiciones son cumplidas por el 38,8% de las Maternidades Figura 6).

Figura 6. Porcentaje global de cumplimiento de las Condiciones Obstétricas y Neonatales esenciales. 768 Maternidades. Argentina 2003-2004



Un estudio realizado en 84 maternidades de todas las provincias mostró una relación lineal entre los promedios de cumplimiento de la Guía de Evaluación de Servicios del Ministerio de Salud de la Nación y la tasa de mortalidad neonatal (Figura 7).

Figura 7. Relación entre el cumplimiento de la Guía de Evaluación de Servicios del Ministerio de Salud de la Nación y la tasa de mortalidad neonatal.



Por su parte, el estudio de Mortalidad Infantil (EMMA) diagnosticó fallas significativas en los servicios de pediatría y unidades intensivas pediátricas.

En relación con los servicios, se han detectado problemas relacionados con cuatro aspectos:

1) Recurso humano:

1. cantidad y calidad de personal de enfermería
2. cantidad y calidad de profesionales médicos
3. personal de apoyo
4. interconsultores

2) Equipamiento e insumos

5. requerimientos necesarios de equipamiento e insumos
6. adquisición y mantenimiento de equipos

3) Planta física

7. diseño funcional de las unidades
8. provisión de insumos para equipos
9. mantenimiento

4) Organización, gestión y desarrollo

10. organización de los servicios
 11. organización en sectores de cuidados progresivos
 12. oxigenoterapia
 13. infección hospitalaria
 14. gestión de productos farmacéuticos e insumos
 15. roles y funciones del personal del equipo de salud
 16. recolección de los datos necesarios
 17. referencia y contrarreferencia
 18. traslado neonatal interno y externo
- 5) Docencia
19. docencia en terreno sistemática y asistemática

2.4 Diagnóstico del sistema de salud

El diagnóstico del sistema de salud es muy complejo, pero demarca el escenario donde se implementa el Plan. De acuerdo a las bases del Plan Federal de Salud; Argentina enfrenta dos fuertes desafíos: en lo inmediato, es preciso superar la aún vigente emergencia sanitaria; a largo plazo, el objetivo consiste en cerrar aquellas brechas que suelen esconder los promedios estadísticos y que delimitan los márgenes de la inequidad, de un lado los sectores más ricos y del otro los que menos tienen.

Ambos desafíos se enmarcan en un sistema de salud que aún posee una considerable falta de coordinación y articulación en sus acciones, lo que atenta contra un uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en la cobertura. El sistema de salud es federal, incorpora una marcada segmentación en su funcionamiento a través del proceso de descentralización, que lleva a que la atención de salud quede principalmente, a cargo de las provincias y municipios con diferentes niveles de la organización.

20.1 Ministerio de Salud de la Nación

21. 24 Ministerios de Salud Provinciales

22. 511 Departamentos (subdividen en municipios) o Partidos (conurbano) con Secretarías de Salud Municipales

También es un sistema fragmentado, con una oferta inarticulada, sin relación jurídica.

23. Subsistema Público: nacional, provincial o municipal

24. Subsistema de Seguridad Social: Obras Sociales, PAMI

25. Subsistema privado: Empresas de Medicina Prepaga, hospitales de comunidad y mutuales La falta de articulación institucional se da entre:

26. Jurisdicciones (nación, provincia y municipio),

27. Sectores (desarrollo social, educación, sistema judicial, etc.), ONGs y organizaciones de la comunidad

28. Areas de salud

29. Niveles de gestión (centrales —conducción, cuadros técnicos— y operativos).

Estas divisiones generan una falta de integración de las distintas intervenciones realizadas desde cada nivel jurisdiccional, y debilitan la capacidad de rectoría del Ministerio de Salud de la Nación. La falta de un sistema nacional de salud integrado, resta equidad, efectividad y eficiencia a las políticas.

3. Antecedentes

En noviembre de 2008, en el Marco del COFESA, se propuso el Plan Estratégico para la Reducción de la Mortalidad Materna y la Mortalidad Infantil 2009 - 2011.

Por su parte, los diferentes Programas de la Subsecretaría de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación plantean objetivos y actividades en relación con los temas priorizados.

(Anexo 1).

3.1 Dirección Nacional de Maternidad e Infancia

Coincidiendo con los postulados de Alma Ata y las estrategias de prevención y promoción de la salud infantil, la tasa de mortalidad infantil experimentó un descenso importante. Los datos de la actualidad así lo reflejan. Las estrategias exitosas empleadas incluyeron:

- Aumento de la cobertura (por ejemplo el Plan Nacer).
- Atención integral de la embarazada.
- Acceso a una atención calificada durante el parto (incremento del parto institucional).
- Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), con énfasis tanto en los componentes de prevención y promoción de la salud, como en la mejora de las competencias del personal que tiene la responsabilidad de atender a la población infantil, especialmente en el área neonatal.
- Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas, Resolución 107/2008: a comienzos de 2008 había un déficit de resolución quirúrgica de 1.803 casos, el Ministerio de Salud comunicó en marzo de 2009 que el retraso en las cirugías cardíacas pediátricas fue eliminado, 91% de los niños fueron operados.
- Planes de vacunación extensivos, con reducción del tétano neonatal y la rubéola congénita.
- Nutrición: promoción de la lactancia materna, desarrollo de la Primera Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, provisión de hierro para los lactantes, hierro y ácido fólico para las embarazadas, recomendación de ligadura oportuna del cordón umbilical.
- Campañas de invierno y de verano, las medidas para la prevención de la muerte súbita del lactante, las campañas de promoción de la lactancia materna, el seguimiento de los niños de riesgo como algunas de las estrategias desarrolladas.
- Maternidades seguras y centradas en las familias: participación activa de la familia, en especial de la madre en la atención y cuidado del recién nacido, aun cuando éste está en un servicio de alta complejidad.

Se impulsó:

- el acceso a la información y a los servicios de salud sexual y reproductiva,
- la atención prenatal adecuada,
- la atención calificada del parto y puerperio,
- la atención de complicaciones y urgencia obstétricas,
- la atención del aborto y sus complicaciones.

Estas intervenciones han impactado en la reducción de la mortalidad materna. Las ganancias en salud y reducción de la mortalidad materna que pueden obtenerse de estas intervenciones requieren de apoyo político y un buen sistema de salud con capacidad de reducir las brechas entre la oferta y la demanda de servicios de salud.

Es crucial garantizar el acceso, la calidad y sustentabilidad de recursos para cubrir las necesidades de servicios de las mujeres en edad fértil, en el marco de un sistema de salud integrado, multidisciplinario y operativo, en el que se contemple también la evaluación permanente de las acciones.

Si bien la evidencia sobre el costo y costoefectividad de las intervenciones destinadas a la salud materna es escasa, aun así permite el reconocimiento de la importancia de la atención primaria para los cuidados perinatales, de contar con un buen sistema de derivación, de promover el uso de intervenciones de probado beneficio para reducir la morbilidad o mortalidad materna o perinatal; desalentando aquellas prácticas de atención que han sido demostradas como no efectivas o perjudiciales por la evidencia científica o que son agresivas y afectan la dignidad de las mujeres y de las satisfacción con la experiencia del parto o con la atención recibida en los servicios de salud.

En nuestro país, la evidencia demuestra que es posible realizar un uso más eficiente de los recursos disponibles, promoviendo el desarrollo de un mecanismo eficaz de comunicación y derivación de los tres niveles de atención, reforzando la atención primaria como eje de la atención prenatal, promoviendo un mayor uso de intervenciones de comprobada efectividad y disminuyendo el número de prácticas innecesarias.

Considerando los dos componentes de la mortalidad infantil (el neonatal y postneonatal) resulta necesaria la programación de políticas públicas integrales que aseguren la sobrevivencia de los niños al nacer y su cuidado pasado el período neonatal y hasta el año, y luego hasta los 5 años de vida.

En lo referente a la mortalidad neonatal y las estrategias que resultan efectivas, la Provincia de Tucumán aplicó una experiencia modelo para la implementación de políticas de reducción de la mortalidad infantil. Lo hizo mejorando el desempeño de las terapias intensivas neonatales, a partir de la estrategia de capacitación en servicio y de fortalecimiento de los recursos humanos. El 60% de los partos en la provincia se realizan en una maternidad pública: Instituto Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes en San Miguel de Tucumán. La supervivencia de neonatos en el intervalo de 1.000 a 1.500 gramos de peso de nacimiento, considerada un indicador de la optimización de los servicios neonatales de alta complejidad mostró, que en 2002 sobrevivieron 39% de los nacidos vivos y, en 2007 la sobrevivencia de dicho grupo fue de 83,5%. Sobreviven,

actualmente, aproximadamente 200 neonatos más por año. En los 5 años citados, la mortalidad infantil Argentina se redujo casi 20%, mientras que la TMI de Tucumán se redujo 47%.

La reducción de la mortalidad infantil de Tucumán fue producto de las intervenciones que llevaron a la reducción de la mortalidad neonatal: incorporación del recurso humano necesario (más de 100 enfermeros), capacitación en servicio —para la asistencia y para la gestión—, equipamiento, modificaciones en la planta física de la Terapia Intensiva Neonatal y mejoras en el transporte del recién nacido y la madre. Así, para disminuir la mortalidad neonatal se sumó a la atención del embarazo, una inversión importante en los cuidados intensivos neonatales.

La capacitación en servicio ha demostrado ser una herramienta eficaz con resultados cuantitativos y cualitativos mensurables que impactan positivamente en la calidad de atención y en los resultados de los servicios sanitarios en los que se aplica. La implementación de estrategias de mejora dependió de los valores y subjetividades que operaron en los posibles agentes de cambio. Los factores coyunturales y la voluntad política generan condiciones de posibilidad para el desarrollo eficaz del programa.

Respecto a la mortalidad postneonatal, y teniendo en cuenta que el aumento de la sobrevida en el período neonatal redundará en un mayor número de niños de riesgo, resulta necesario programar la atención y el seguimiento de los mismos para asegurar que no se posponga la mortalidad del período neonatal al post-neonatal. Como ejemplo de estrategia efectiva está la contrarreferencia de los niños internados en la región metropolitana con notificación semanal a los municipios que resultó en disminución de la reinternación y de la mortalidad domiciliaria en alguno de ellos.

3.2 Plan Nacer

A partir del año 2005, el Ministerio de Salud de la Nación a través del 'Plan Nacer' promueve en las 24 jurisdicciones del país, la creación y desarrollo de Seguros Materno Infantil Provinciales (SMIP), con el propósito de construir desde una perspectiva de 'equidad', las mejores condiciones de acceso de la población materno infantil a un paquete básico de prestaciones seleccionadas por su relevancia en el cuidado de la salud de dicha población y que se espera contribuya a la reducción de la mortalidad infantil y materna, en sus causas reducibles mediante el diagnóstico, la prevención y el oportuno tratamiento.

La implementación de estos seguros de salud prevé una secuencia de fases en las que se incluirán otras prácticas de mayor complejidad que actúen sobre las causas de mortalidad infantil y materna difícilmente reducibles, tales como, cirugías de cardiopatías congénitas, cuidados maternosneonatales de alta complejidad, y

diagnóstico y prevención de ciertas enfermedades crónicas. Asimismo, se prevé extender la cobertura a otros grupos poblacionales como los niños y jóvenes hasta los 18 años y las mujeres hasta los 65 años de edad. Para esta población, siguiendo la iniciativa del gobierno nacional plasmada en el presente documento, se financiarán resultados asociados con la prevención y el tratamiento de cáncer de mama y de cáncer cérvico uterino.

La Nación ha contribuido a la conformación y consolidación de estos seguros mediante transferencias asociadas a resultados que al 31 de julio de 2009 alcanzaban la suma de \$ 363.328.393. Un aspecto innovador del Plan Nacer lo constituye el hecho de que las transferencias entre la Nación y las Provincias, y entre las Provincias y sus efectores, están asociadas a resultados acordados, nominalizados, medibles y auditables, que impacten en la reducción de la mortalidad infantil y materna. Por otra parte, la inversión de los recursos económicos atiende las necesidades de los efectores quienes deciden acerca del destino final de los fondos lo que representa un aspecto destacable del programa como política pública de salud que procura fortalecer el nivel de gestión local.

Al 30 de junio del año 2009, los SMIP han financiado 12.798.451 prácticas del nomenclador materno infantil definido por el Plan Nacer. Estas prácticas son brindadas por una red de efectores públicos que celebran anualmente compromisos de gestión con el Plan Nacer, y posibilitan alinear de manera efectiva los esfuerzos intergubernamentales hacia el logro de objetivos explícitos. Al 30 de septiembre los efectores participantes son 5.481 y han recibido más de \$250 millones por las prácticas facturadas y los resultados de salud obtenidos.

Dichas prestaciones y cuidados de salud se destinan a la población bajo programa: niños hasta 6 años y embarazadas hasta los 45 días después del parto sin cobertura explícita de salud, que representaban al 30 de septiembre de 2009, 1.031.166 beneficiarios. Esta población se encuentra nominalizada, identificada y asignada a un establecimiento de la red pública de atención que debe dar cuenta de los cuidados provistos de acuerdo a los protocolos de buena práctica.

El adecuado funcionamiento de este modelo se busca mediante un sistema de reportes que permite tanto la asignación de transferencias a las provincias, como el seguimiento de resultados de salud. Para ello se monitorea el desempeño de los sistemas provinciales de salud y los progresos que se obtienen a partir de un conjunto indicadores de salud, que evalúan y retribuyen los mejores resultados obtenidos en la captación temprana de las mujeres embarazadas, en el seguimiento del niño sano, en el cuidado de la salud sexual y reproductiva, en la conformación y funcionamiento de los comités locales de auditorías de muerte y en la cobertura en inmunizaciones, entre otras dimensiones de salud evaluadas.

Para verificar el efectivo cumplimiento de los resultados de salud retribuidos se utiliza un mecanismo de supervisión y auditoría externa y concurrente que evalúa los registros clínicos de los efectores participantes y que genera datos a nivel región, provincia, departamento y que hace posible un seguimiento nominalizado de la atención que recibe la población bajo programa.

Se menciona que a efectos de movilizar esta mejora en la cobertura y calidad de los servicios de salud provinciales, el Plan Nacer ha fortalecido la red pública de atención con la entrega a establecimientos de todo el país de bienes tales como ambulancias, equipamiento médico (ecógrafos, equipos de rayos x, autoclaves, entre otros), equipamiento informático y mobiliario, por un monto total de \$ 114.685.732.

Finalmente, un logro destacado del Plan Nacer como política federal representa que todas las Provincias del NOA y NEA se encuentran co-financiando con recursos propios los Seguros Provinciales dando cumplimiento al compromiso asumido al ingresar formalmente al programa, reconociendo y valorando de esta manera las contribuciones del mismo.

3.3 Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable

En octubre de 2002, fue sancionada la Ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable, que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación. En agosto de 2006, con la sanción de la Ley 26.130, se agregan las prácticas denominadas Ligadura de Trompas de Falopio y Ligadura de Conductos Deferentes o Vasectomía como métodos de anticoncepción. El programa enmarca sus acciones en la promoción de la igualdad de derechos, la equidad y la justicia social, contribuyendo a mejorar la estructura de oportunidades en el campo de la salud sexual. Por otra parte, busca disminuir las brechas en salud sexual y reproductiva que afectan a la población y sus objetivos son: alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia; disminuir la morbi-mortalidad materno-infantil, prevenir embarazos no deseados, promover la salud sexual de los adolescentes; contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/SIDA y patologías genital y mamarias; garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable; potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

Desde su creación el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable ha logrado instalar servicios de salud sexual y reproductiva en cerca del 80% de los efectores del primer nivel de atención, ha elaborado guías y protocolos de atención en

tecnologías anticonceptivas, consejería, y violencia sexual, y ha trabajado en colaboración con otros programas del Ministerio de Salud de la Nación como el Programa de prevención de Cáncer de Cuello Cérvico-Uterino, Atención Post-aborto, Salud adolescente, Médicos Comunitarios, y la Dirección de SIDA y ETS entre otros, para desarrollar acciones de protección y promoción de la salud sexual y reproductiva.

El PNSSPR también distribuye insumos anticonceptivos a través del Programa a los Programas Provinciales, y ha ido ampliando la canasta de opciones anticonceptivas que actualmente anticonceptivos hormonales orales e inyectables, anticonceptivos para lactancia, preservativos, anticonceptivo hormonal de emergencia y dispositivos intrauterinos. Mientras que la primera entrega de anticonceptivos en el año 2003 fue de 9.492.394 tratamientos, este valor aumentó a 33.499.054 en el año en curso.

3.4 Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia

En 2007, la Resolución Ministerial 619/07 crea el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. Dos de los ejes temáticos de este programa se refieren a la salud sexual y reproductiva y a la atención, prevención y acompañamiento del embarazo en la adolescencia, por ser la piedra angular desde donde se aporta para evitar la mortalidad materna como infantil.

Los embarazos en la adolescencia pueden llegar a ser riesgosos, por múltiples cuestiones que se agravan cuando son embarazos no planificados ni deseados. En este sentido se trabaja la accesibilidad de las adolescentes a los servicios de salud sexual y procreación responsable, a los efectos de que reciban adecuada consejería, en condiciones de confidencialidad y puedan obtener métodos anticonceptivos permitidos por el ANMAT en condiciones de seguridad y confianza.

Una especial preocupación por brindar salud integral a esta población se impone por el deber del estado nacional de garantizar la protección de sus derechos más allá de las barreras que pueden encontrarse.

Las madres niñas o adolescentes suelen tener niños con bajo peso al nacer y/o prematuros y esto constituye un factor importante en la mortalidad neonatal precoz. Por otra parte, el escaso control de embarazo es una característica de este grupo etéreo y por lo tanto generador de patologías que deterioran el buen estado materno y fetal.

3.5 Programa Nacional de Prevención del Cáncer Cérvico Uterino

En el año 2007 se inicia el Proyecto para el Mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-Uterino en la Argentina, con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud. La primera fase del proyecto consistió en un diagnóstico de

situación del Programa Nacional y Programas Provinciales, que identificó las siguientes limitaciones:

- Provincias sin marco programático para la prevención del cáncer cérvico-uterino.
- Ausencia de equipos profesionales para la coordinación de los programas, y recursos humanos con baja formación en gestión de salud pública; presupuestos limitados.
- Baja cobertura de realización de PAPs, especialmente entre mujeres sin cobertura de salud, de bajo nivel socio-económico.
- Concentración del tamizaje en mujeres jóvenes, de bajo riesgo. Definiciones de edades objetivo y frecuencia de tamizaje poco eficientes, con escaso fundamento en la evidencia científica.
- Escasez de recursos humanos capacitados para la búsqueda activa de mujeres y toma de PAPs, especialmente en los centros de atención primaria de la salud.
- Descentralización de la lectura de la citología en laboratorios con bajo caudal de lectura; laboratorios con equipamiento deficiente y/o obsoleto.
- Ausencia de mecanismos regulatorios y controles de calidad internos y externos de los laboratorios de citología y anatomía patológica.
- Servicios de patología cervical sin equipamiento y/o recursos humanos capacitados para llevar a cabo tratamientos de lesiones precancerosas no invasivos (i.e. LEEP).
- Circuitos de derivación para el seguimiento y tratamiento de pacientes con lesiones precancerosas y cáncer altamente ineficientes.
- Ausencia de un sistema de información para el monitoreo y evaluación del programa.

Con base en este diagnóstico, se relanza en junio de 2008 el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-Uterino. Este es un programa organizado de prevención de cáncer de cuello de útero, consiste en un sistema integrado mediante el cual las mujeres acceden al tamizaje por medio de estrategias de búsqueda activa, reciben y comprenden los resultados, son derivadas para tratamiento si es necesario y regresan para repetir el tamizaje según indican las pautas programáticas.

El Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-Uterino tiene como objetivo final la reducción de la incidencia y mortalidad por Cáncer Cérvico-Uterino en la Argentina, a través del fortalecimiento de los programas provinciales. En su primera fase (2008-2011) se está trabajando en el fortalecimiento de los Programas de Prevención de Cáncer

Cérvico-Uterino de las cinco provincias con mayores tasas de mortalidad por esta enfermedad, definidas como las 'Provincias Prioritarias': Chaco, Jujuy, Misiones, Salta y Formosa. En una segunda etapa se extenderán las acciones al resto de las jurisdicciones del país.

Entre las actividades del Programa Nacional se encuentran la provisión de equipamiento para la lectura de PAPs y el diagnóstico y tratamiento de lesiones precancerosas, la producción de estrategias educativas adaptadas al contexto social y cultural de la población, la capacitación de los recursos humanos involucrados en todas las etapas de la prevención, actividades de monitoreo y evaluación, implementación de un sistema de información y la realización de controles de calidad.

3.6 Investigaciones

Se han realizado investigaciones que privilegiaron el enfoque de los problemas sanitarios más importantes del país con el fin de detectar los nodos y las causales de los problemas identificados, como el estudio de Mortalidad Neonatal, Análisis Causa Raíz; Mortalidad Infantil (EMMA); de Mortalidad Materna y la implementación del Módulo de Salud Sexual y Reproductiva de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud.

Respecto a mortalidad infantil, se concluyó que el problema central radica en la atención integral, institucional, en los servicios de terapia intensiva neonatal, fundamentalmente en la atención de los prematuros con peso de nacimiento menor a 2000 grs, y en especial a 1500 grs en la primera semana de vida. Entre estos problemas se incluye la falta de administración de corticoides prenatales, el traslado inadecuado, problemas en la atención en salas de neonatología y en el seguimiento del niño de alto riesgo. También se han detectado fallas en los recursos humanos necesarios, en número y capacitación. La tasa de prematuridad argentina es similar a la de países desarrollados con una tasa de mortalidad neonatal muy superior. En cuanto a la mortalidad por malformaciones congénitas, las cardiopatías son las más frecuentes, y éstas son ocasionadas en gran proporción por la falta de resolución a tiempo con una intervención quirúrgica. El armado de una red nacional con el fin de resolver la lista de espera de niños para cirugía es una intervención que tiende a disminuir las inequidades existentes. El abordaje de la patología respiratoria en niños con la estrategia de internación abreviada, ha sido efectiva en el primer nivel de atención, aumentando la capacidad resolutoria de éste y disminuyendo las internaciones. Las infecciones intrahospitalarias contribuyen significativamente como causa de mortalidad infantil, tanto en el grupo neonatal como posneonatal.

Respecto a mortalidad materna, gran proporción es evitable. La distribución muestra la mayor inequidad y falta de respuesta a las políticas implementadas. Las muertes se concentran en las mujeres más pobres, de menor nivel educativo, con nutrición inadecuada, y víctimas de violencia doméstica. Es multicausal, más compleja de resolver.

3.7. Plan Estratégico

Desde el COFESA, en noviembre de 2008, se acordó el Plan Estratégico para la Reducción de la Mortalidad Materna y la Mortalidad Infantil 2009 - 2011, con políticas sustanciales a las que adhirieron el conjunto de las provincias.

El Plan contempla:

La creación de la Unidad Ejecutora Central (UEC)

La creación y o el fortalecimiento de la Unidad Ejecutora Provincial (UEP)

El desarrollo de Mecanismos de información y Herramientas de nominalización (SIP/ Indicadores del Plan Nacer)

Financiamiento por Plan Nacer

• Políticas:

– Primer Nivel de Atención:

- Promoción, prevención y participación: lactancia materna - alimentación adecuada – desarrollo infantil, ambiente saludable, inmunizaciones
- Captación temprana de la embarazada y control prenatal de calidad y pediátrico
- Optimización de los RRHH con designación de enfermero/as y obstétrico/as
- Mejoramiento del sistema de aseguramiento de insumos anticonceptivos
- Fortalecimiento de los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Estrategia de internación abreviada para enfermedades respiratorias
- Capacitación en consejera integral en salud sexual y reproductiva

– Segundo y Tercer Nivel:

- Maternidades seguras con consultorio de alta conjunta

- Consultorio de alto riesgo
- Centros de lactancia materna
- Fortalecimiento de los servicios de salud sexual y reproductiva
- Consejerías obligatorias en Salud Sexual y Procreación Responsable post evento obstétrico
- Cumplimiento y monitoreo de las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales
- Regionalización
- Redes perinatales
- Referencia y Contrarreferencia
- Fortalecimiento de laboratorios
- Cumplimiento de las normas de bioseguridad
- Garantizar las prácticas médicas relacionadas con Salud Sexual y Procreación Responsable establecidas por la ley: anticoncepción quirúrgica y abortos no punibles

El Plan se complementa con:

- Fortalecimiento de los servicios de patología cervical
- Fortalecimiento de la red de laboratorios de citología
- Desarrollo de un sistema de información para el tamizaje (SITAM)
- Estrategias para la optimización del tamizaje oportunístico.

3.8 Asistencia técnica para fortalecimiento de los Comités de Análisis de las Mortalidades Materna e Infantil

La conformación de comités de análisis de muertes maternas e infantiles debieran ser los mecanismos facilitadores que explicaran la situación de mortalidad. La vigilancia de la salud o recolección sistemática de información para la acción requiere el uso de metodologías para el mejoramiento de los análisis de situación de salud tanto a nivel central como local.

La Argentina a través de una resolución respaldatoria (Resolución Ministerial 640/2007) incorporó el Sistema Centinela de la Mortalidad Materna al Sistema de Vigilancia Epidemiológica a nivel nacional en el ámbito de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, teniendo como objetivo general el de mejorar la accesibilidad a la información sobre las defunciones maternas en forma continua a nivel nacional. El Sistema es también necesario para realizar la auditoría continua de las instituciones en las que se atienden las mujeres. El nivel de avance en la conformación y funcionamiento de estos comités de análisis a nivel provincial es dispar, debido a la presencia de distintos factores condicionantes. En la implementación del Plan Operativo se abordarán estos condicionantes con el objetivo de resolverlos, juntamente con las provincias y UNICEF, a través de talleres regionales con la utilización de la herramienta de Análisis Causa Raíz (ACR) para fortalecer los comités locales, ya que la falta de disponibilidad de información no permite caracterizar adecuadamente los problemas y tomar decisiones oportunas.

Ante la ocurrencia de una muerte materna, debiera reunirse el Comité de Mortalidad Materna del lugar donde ha ocurrido el evento, utilizando la herramienta ACR, para el análisis del proceso de atención en forma integral, e impartiendo recomendaciones con el fin de solucionar los problemas detectados. Este proceso es relativamente complejo y con frecuencia los Comités de Mortalidad Materna no logran avanzar más allá del de la etapa diagnóstica. Detectando la causa visible relacionada con el evento adverso, sin considerar fallas latentes o evidentes del Sistema (factores ligados a la organización, recursos humanos, comunicacionales, de accesibilidad, no cumplimiento de guías de práctica clínica basadas en la evidencia, insumos, etc.). El comité local reporta el evento al Comité Provincial y éste al Sistema Nacional de Vigilancia, en este particular, solamente con el diagnóstico y las recomendaciones, para que desde Nación se puedan evaluar las acciones futuras de asistencia técnica

Respecto a la mortalidad infantil, no se va a analizar la totalidad de las muertes, sino que se propone la vigilancia puntual en lugares prioritarios o en algunas causas consideradas reducibles.

Los resultados de la vigilancia deben entenderse como un insumo para las políticas de salud a implementarse en relación con las muertes maternas, infantiles, de los adolescentes y mujeres. El análisis sistemático, regular y minucioso de los eventos adversos, así como de sus potenciales causas, contribuyen a enriquecer este 'primer paso' para evitar la reiteración del evento. En este sentido, se enfatiza la necesidad de fortalecer los Comités Locales de Análisis de las Mortalidades Materna e Infantil existentes en las provincias o, implementarlos donde no existen.

Los comités facilitan la interacción entre la Dirección de Estadísticas e Información de Salud, los Programas Materno Infantiles y Nutricionales, y la Dirección de Epidemiología de cada una de las provincias, y de éstas con el nivel central. La interacción de estas áreas tiene como objeto una mejora continua de la calidad de los registros, los sistemas de notificación, el monitoreo de las muertes y la toma de decisiones.

4. Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de los Adolescentes

El Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de los Adolescentes se formuló durante el año 2009. El objeto de la propuesta es obtener resultados en el corto y mediano plazo en relación con la mortalidad, sin desvalorizar otras acciones que se realicen para abordar el problema de la morbilidad.

El Plan consta de los siguientes ejes:

- Acuerdos Políticos en los máximos niveles.
- Establecimiento de metas.
- Plan de trabajo elaborado con los actores sociales involucrados.
- Asistencia técnica, Monitoreo y Evaluación periódica del cumplimiento del Plan.
- Capacitación en servicio.
- Comunicación.

Para eso, se establecen metas y se evalúa el rendimiento a partir de los resultados. Se intenta acompañar a los actores provinciales a cambiar los paradigmas de trabajo.

Hay un llamado a cambiar el paradigma de Estrategia de APS como herramienta exclusiva a Estrategia de APS más atención de alta complejidad.

Las actividades que el Ministerio realiza para reducir la mortalidad (Anexo 1) serán el insumo de los planes de trabajo con las jurisdicciones, actividades que variarán de acuerdo a los problemas detectados en cada lugar.

El Plan Operativo tiene como propósito que dichas actividades se realicen de modo efectivo.

Se continuará con la provisión de equipamiento e insumos críticos:

El Ministerio de Salud de la Nación, a través de diversas fuentes de financiación, proveerá equipamiento crítico necesario para las Provincias.

Se ampliará la financiación de prestaciones:

El Plan Nacer financia la implementación de Seguros de Salud, lo cual incluye el pago de prestaciones, cuidados diversos y priorizaciones a través de la definición de trazadoras. A su vez, genera externalidades positivas, estableciendo condiciones para dichos pagos.

Los ejes del Plan son la Capacitación en Servicio y la Regionalización perinatal:

Por lo general, las estrategias de capacitación diseñadas e implementadas en este marco, a pesar del esfuerzo invertido, no han logrado el impacto esperado. No sólo se trata de perfeccionar tecnologías referidas a los 'qué' (normativas y prácticas médicas específicas), sino de repensarlas y redefinirlas en el marco de las tecnologías de los 'cómo'. La tendencia histórica en los abordajes fue el divorcio de ambos elementos. El desafío es integrar ambas miradas.

Las propuestas y acciones de este Plan tienen un enfoque integral y abarcativo del funcionamiento de todo el sistema de salud, contemplando la diversidad de actores e intervenciones que posee, con eje en la articulación de los efectores para el mejor aprovechamiento de todos los recursos disponibles; y en la participación comunitaria, con el fin de afianzar a las redes de salud existentes en todas las jurisdicciones que formen parte del plan.

En las provincias priorizadas donde se firme el acuerdo político y se establezcan metas se propone:

- Convocar a todos aquellos actores involucrados directa o indirectamente con el nivel operativo prestacional (máximos responsables del primero, segundo y tercer nivel de atención, responsables de hospitales y jefes de servicios de obstetricia, neonatología, terapia intensiva pediátrica y citología), además de otros programas vinculados (las UEPs) y también a los responsables de zonas sanitarias —cuando estén bien definidas—.
- Sumar a la comunidad, a través de sus organizaciones, cuando resulte posible.
- Generar espacios participativos de planificación estratégica, para la definición conjunta de problemas y el diseño de propuestas.
- Acordar un plan de acción y proceder a su implementación y seguimiento.

- Iniciar/continuar un proceso de acompañamiento a las provincias básicamente a través de la asistencia técnica, capacitación en servicio y pasantías (asistencia técnica horizontal).

A nivel nacional, se buscará conformar (o fortalecer en algunos casos) un equipo de salud por provincia (compuesto por las distintas áreas/programas materno-infantiles) encargado de liderar el proceso planteado.

En virtud de los problemas priorizados, la Subsecretaría de Salud Comunitaria ha diseñado las siguientes líneas de acción:

- Integración y articulación de las áreas del nivel central involucradas directa o indirectamente con las prestaciones materno-infantiles, de la mujer y el adolescente.
- Fortalecimiento del primer nivel de atención para la optimización de la cobertura y calidad de las prestaciones.
- Reorganización del modelo de gestión y atención a nivel hospitalario (servicios de obstetricia, neonatologías, pediátricos, ginecológicos y laboratorio de patología y citología).
- Organización y/o consolidación de la referencia y contrarreferencia de la madre y el niño y de las redes perinatológicas y pediátricas de atención provinciales; de la mujer y los consultorios y los laboratorios de citología y patología.

4.1 Objetivos

Los propósitos del Plan Operativo son: reducir la mortalidad materna, infantil (neonatal y postneonatal), de las mujeres y de los adolescentes y, disminuir las brechas entre regiones; a partir de mejorar la situación de salud con aumento de la supervivencia de los niños, los adolescentes, las madres y las mujeres en general. Asimismo, se pretenden prevenir los embarazos no planificados y el desarrollo del cáncer de cuello de útero, lo que redundará en una mejora de la condición de salud general de la mujer.

También se espera lograr el fortalecimiento de la capacidad de rectoría del Ministerio de Salud de la Nación, la integración de la gestión con funcionamiento en redes y la optimización de la calidad de las prestaciones de salud materno-infantiles, de los adolescentes y la mujer para la disminución de la mortalidad.

Objetivos generales

- Reducción de la mortalidad infantil neonatal y postneonatal.

- Reducción de la mortalidad materna.
- Reducción de la mortalidad por aborto.
- Reducción de la mortalidad por embarazo adolescente no deseado; por mejora en el acceso a la atención de calidad de la salud sexual y reproductiva y, abordaje integral del embarazo adolescente no deseado con perspectiva a su disminución a mediano y largo plazo.
- Disminución de la incidencia y mortalidad por cáncer cérvico-uterino.

Las estrategias relacionadas con los servicios y el sistema para lograr los objetivos generales son:

1. Nivel Central

1.1. Fortalecer las Unidades Ejecutoras Provinciales (UEPs), conformadas por aquellos responsables de Areas/Programas relacionadas con la atención materno-infantil:

- Nivel Central:
 - Maternidad e Infancia
 - Salud Sexual y Procreación Responsable
 - Cáncer Cérvico-Uterino
 - Adolescencia
 - Plan Nacer
 - Regiones Sanitarias
 - Primer Nivel de Atención
- Nivel Hospitalario:
 - Hospital/es Cabecera/s (Director, Jefe de Perinatología, Jefe de Obstetricia, Jefe de Neonatología, Jefe de Ginecología, Jefe de Patología Cervical, Jefe de Laboratorios de Citología y Anatomía Patológica)

- 1.2. Integrar los programas materno-infantiles (subprogramas y Plan Nacer) entre sí, articulando y canalizando los mismos, a través de los mecanismos regulares que posee el sistema de salud público provincial (primer nivel y niveles hospitalarios).
- 1.3. Fortalecer el Sistema Informático Perinatal (SIP) en todas y cada una de las provincias, asegurando el registro de datos, y su circulación por las áreas y niveles correspondientes, utilizando las variables e indicadores ya seleccionados en el SIP-Gestión, para su uso en la toma de decisiones de impacto para el logro de las metas acordadas.
- 1.4. Articular con Plan Nacer la información disponible.
- 1.5. Organizar y/o fortalecer la Regionalización (redes perinatales y pediátricas), teniendo en cuenta los niveles de complejidad y los criterios de territorialidad establecidos a través de las Zonas Sanitarias.
- 1.6 Fortalecer y promover los programas de salud integral específica para la adolescencia.
- 1.7. Fortalecer los programas provinciales de Salud Sexual y Reproductiva y el ejercicio de las normativas vigentes en la materia.
- 1.8. Instalar y desarrollar los programas provinciales de prevención del Cáncer Cérvico-Uterino.
- 1.9. Socializar la información generada por el sistema para fomentar la apropiación de conocimientos, la determinación de prioridades y la toma de decisiones entre equipos de salud y comunidad.
2. Primer nivel de atención (extender la cobertura y mejorar la atención)
 - 2.10. Fortalecer la gestión de los Centros, a través de la conformación de equipos de salud liderados por un coordinador de centro, enfatizando los ejes: programación local participativa, población bajo responsabilidad del efector, identificación cartográfica.
 - 2.11. Promover la atención programada de la madre y el niño, incorporando los turnos programados, fichero cronológico y la búsqueda activa.
 - 2.12. Promover la normalización de los controles de salud y patologías prevalentes y la utilización de registros.
 - 2.13. Fortalecer y promover las salas de internación abreviada para el Síndrome Bronquial Obstructivo y Postas de Rehidratación Oral, como estrategias de fortalecimiento del primer nivel de atención, aumentando su capacidad resolutive.

2.14. Propiciar el trabajo intersectorial y las actividades extramuros.

2.15. Fortalecer el acceso universal a la información pertinente y oportuna en materia de salud sexual y reproductiva y a una canasta de métodos anticonceptivos, seguimiento, fichero cronológico y búsqueda activa de mujeres en edad reproductiva.

2.16. Promover la búsqueda activa para la realización de PAPs en mujeres en edad objetivo (35-64 años).

2.17. Promover la atención de adolescentes en espacios diferenciados que promuevan derecho y faciliten el acceso.

2.18. Fomentar la elaboración de proyectos de participación comunitaria con eje en los niños, las embarazadas, las mujeres y los/las adolescentes.

3. Nivel Hospitalario

3.12. Fortalecer los recursos humanos, especialmente enfermeras/os y obstétricas/os.

3.13. Regionalizar la atención perinatal.

3.14. Conformar y/o fortalecer las Unidades Perinatológicas de las Maternidades.

3.15. Optimizar la cobertura y calidad de las prestaciones materno-infantiles, de la mujer y el adolescente, a través de la reorganización del Servicio de Obstetricia y de la capacitación en contenidos específicos para su atención y posterior seguimiento.

3.16. Mejorar la cobertura y calidad de las prestaciones al recién nacido, mediante la reorganización del Servicio de Neonatología y de su seguimiento a través de los Consultorios de RN de Alto Riesgo.

3.17. Fortalecer los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva.

3.18. Fortalecer las Areas de Apoyo (Farmacia, Mantenimiento, Esterilización, Laboratorio, Laboratorio de Citología y Patología, etc.) y su articulación con los Servicios de Obstetricia, Neonatología, Ginecología, guardias y otros efectores de la red.

3.19. Organizar la emergencia, consultorios externos y el área ambulatoria en su conjunto, a través de la implementación del Consultorio de Orientación Médica y de la programación de turnos, a fin de otorgar mayor eficiencia a la atención materno-infantil, de la mujer y el adolescente.

3.20. Mejorar la cobertura y calidad de las prestaciones propias del Hospital de Niños, a través de la implementación de la internación indiferenciada, de la organización del área ambulatoria, del laboratorio, de la organización de la referencia y contrarreferencia al primer nivel.

3.21. Organizar consultorio a demanda espontánea para la toma de PAP's.

3.22. Mejorar la cobertura en consejería anticonceptiva al alta, en episodios obstétricos-partos y abortos.

4. Referencia y Contrarreferencia

4.1. Organizar la referencia y contrarreferencia de la madre y el recién nacido, a través de la implementación del Consultorio de Alta Conjunta, la auditoría del llenado de la historia clínica y la derivación institucional a través del SIP al primer nivel de atención.

4.2. Organizar la interconsulta y facilitar las derivaciones a través de la instalación de oficinas de comunicación a distancia en el Hospital Pediátrico y el Servicio de Neonatología de la Maternidad y de oficinas satélites en el interior provincial.

4.3. Promover la contrarreferencia de los niños internados con factores de riesgo en los servicios de pediatría a los municipios.

4.4. Propiciar el funcionamiento en red de los distintos servicios y actores, teniendo como eje las necesidades concretas de niños, embarazadas, mujeres y adolescentes.

4.2 Metas

No hay políticas de salud efectivas cuando no hay objetivos claros, concretos y donde el estado de salud de la población no mejora. Por eso, la formulación de políticas de salud debe orientarse a la obtención concreta de resultados mensurables, estableciendo prioridades y definiendo metas cuantificables.

La operativización de la estrategia que se propone implica realizar acuerdos políticos estableciendo prioridades, definiendo metas de explícito cumplimiento y su evaluación. En este caso, las metas surgen de definiciones políticas y no de modelos matemáticos.

Si bien el Plan Operativo no tiene un horizonte de finalización definido, las metas se definen para el año 2011, a los efectos de evaluar resultados.

	Situación 2007(1)	Meta 2011

Mortalidad infantil	Tasa: 13,3 por mil (9300 niño/as menores de 1 año)	Tasa: 9,9 por mil (Reducción de 2378 muertes infantiles)
Mortalidad neonatal	Tasa: 8,5 por mil (5964 niño/as de 1 a 27 días)	Tasa: 5,9 por mil (Reducción de 1824 muertes neonatales)
Mortalidad postneonatal	Tasa: 4,8 por mil (3336 niño/as de 28 días a 1 año)	Tasa: 4,0 por mil (Reducción de 556 muertes postneonatales)
Tasa específica de mortalidad por cardiopatías congénitas en menores de 1 año	Tasa: 1,077 por mil (800 niño/as)	Tasa: 0,861 por mil (Reducción de 175 muertes)
Tasa específica de mortalidad por infecciones respiratorias en menores de 1 año	Tasa: 1,245 por mil (875 niño/as)	Tasa: 0,996 por mil (Reducción de 175 muertes)
Mortalidad materna	Tasa: 4,4 por diez mil (306 mujeres)	3,3 por diez mil (Reducción de 77 muertes)
Tasa específica de muertes maternas por aborto	Tasa: 1,06 por diez mil nacidos vivos (74 mujeres)	Tasa: 0,79 por diez mil nacidos vivos (Reducción de 19 muertes)
Mortalidad por Cáncer Cérvico-Uterino(2)	Tasa: 7,5 por cien mil mujeres (1787 mujeres)	Tasa: 7 por cien mil mujeres (Reducción de 119 muertes)

(*) En las provincias prioritarias

Se establecen metas intermedias de acuerdo a objetivos específicos.

- Mortalidad Infantil

1. Aumento de la supervivencia de neonatos prematuros entre 1.000 grs. y 1.500 grs. de peso de nacimiento en las maternidades públicas que representen en conjunto el 60% de los partos de la provincia hasta 90%.

2. Aumento de la supervivencia de neonatos prematuros de 1.500 a 2.000 grs. de peso de nacimiento en las maternidades públicas que representen en conjunto el 60% de los partos de la provincia hasta 95%.

3. Disminución de 20% de la mortalidad por infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 1 año.

4. Disminución de 20% de la mortalidad por cardiopatías congénitas en menores de 1 año.

5. Disminución de 20% del embarazo no planificado.

- Mortalidad Materna

1. Disminución de 25% de la mortalidad por Hemorragia.

2. Disminución de 25% de la mortalidad por Sepsis.

3. Disminución de 25% de la mortalidad por Hipertensión.

4. Disminución de 25% de la mortalidad por Aborto.

5. Disminución 25% de la demanda insatisfecha en anticoncepción en mujeres adultas y adolescentes.

6. Disminución de 20% del embarazo no planificado.

7. Disminución de 20% de egresos hospitalarios por aborto.

- Prevención de Cáncer Cérvico-Uterino

1. Meta de cobertura: lograr para el año 2011 una cobertura del 60% de al menos una citología para cada mujer entre 35 y 64 años en las 5 provincias definidas como prioritarias.

2. Meta de calidad de la toma: garantizar para el año 2011 en las provincias prioritarias que todos los efectores de salud involucrados en la toma de PAPs hayan recibido capacitación teórica y práctica.
3. Meta de calidad de lectura de citología: asegurar para el año 2011 que los laboratorios de hospitales públicos de las provincias prioritarias incorporen mecanismos de control de calidad internos y hayan realizado por lo menos un control de calidad externo.
4. Meta de seguimiento y tratamiento de lesiones precancerosas y cáncer: lograr para el año 2011 que el 100% de las mujeres con lesiones de alto grado hayan recibido tratamiento efectivo dentro de los 6 meses posteriores al diagnóstico.

• Salud Sexual y Procreación Responsable

1. Al menos el 100% de los efectores bajo programa cuenten con disponibilidad regular de insumos.
2. Reducir al menos un 20% el número de hospitalizaciones por aborto respecto a los valores de los años 2005-2006.
3. Disminuir en un 50% la mortalidad materna por aborto.
4. Al menos el 80% de las pacientes que reciben el alta obstétrica (post parto y post aborto) reciben adecuada consejería y un método anticonceptivo en el caso de optar por uno.
5. Aumentar la cobertura del sistema de aseguramiento de insumos anticonceptivos hasta alcanzar al menos el 50% de la población objetivo.

4.3 Población objetivo

El eje principal de las actividades de este plan está centrado en las embarazadas, los niños, los adolescentes y las mujeres.

Dentro de estas poblaciones, entre los niños se especifica a los menores de 1 año, y entre ellos a los neonatos en la primera semana de vida, especialmente a los prematuros con un peso de nacimiento menor a 2000 gr. Se prioriza también a los niños menores de 1 año de edad con enfermedades respiratorias y cardiopatías congénitas. Entre los adolescentes, se centra en las embarazadas y entre las mujeres, la prioridad son aquellas en edad fértil (10 a 49 años) y/o embarazadas y, las mujeres en mayor riesgo de cáncer cérvico uterino (35 a 64 años).

La comunidad también será destinataria de las actividades propuestas por el plan, tanto en el desarrollo de las acciones de promoción y prevención de la salud, así como sujeto activo en la generación de propuestas y acciones concretas a realizar en el nivel local.

4.4 Modalidad de intervención

La intervención se plantea enmarcada en la planificación estratégica que comprende un diagnóstico local participativo.

La planificación estratégica presenta las siguientes ventajas:

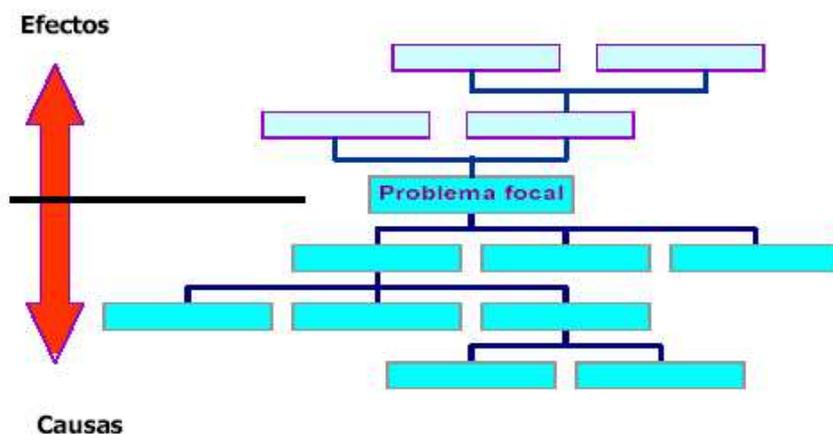
- Los actores participan en la elaboración del plan, por lo cual están involucrados en el proceso de ejecución de las decisiones. La provincia elabora su propio plan con la ayuda de los facilitadores nacionales, relacionado con sus posibilidades y expectativas.
- El plan se enriquece por la información, el conocimiento y la experiencia de los actores involucrados.
- Hay mayor probabilidad de correspondencia con las necesidades reales.
- Los actores intervinientes tienen la oportunidad de ampliar y perfeccionar sus conocimientos y competencias.
- El equipo técnico es multidisciplinario.
- Experiencia y trabajo de los integrantes en la temática respectiva.

El primer desafío es definir dónde y por qué se mueren los niños, adolescentes y las mujeres.

Los criterios que orientan la selección de provincias prioritarias son: donde se registra mayor mortalidad (por ejemplo, la Provincia de Buenos Aires), donde la inequidad es mayor (Provincias del NEA y NOA). La decisión es también actuar en las jurisdicciones que demuestren 'voluntad política de cambio'.

La voluntad política se explicita inicialmente a través de un acuerdo político institucional entre el gobernador de la Provincia y su Ministro de Salud, y el Ministerio de Salud de la Nación, con establecimiento de metas, monitoreo y evaluación de los resultados con comunicación a la población.

Se propone actuar sobre las causas que producen las mayores tasas de mortalidad en las provincias/ regiones más afectadas.



Intervenciones planeadas

1. Capacitación

Las líneas de capacitación están orientadas a favorecer cambios en las prácticas que sustentan el modelo de gestión y el modelo de atención de la salud materno-infanto-juvenil y de la salud sexual reproductiva de la mujer. El modelo de gestión es la llave del problema. El desafío es lograr que todo lo que se debe hacer se pueda hacer. Lo cual no depende fundamentalmente del conocimiento teórico, sino de la capacidad de gestión de todos los implicados.

Los lineamientos están basados en la construcción teórica y metodológica de la mejora continua basada en la evidencia. Esta concepción representa un importante giro en las prácticas de capacitación. Supone invertir la lógica del proceso, incorporando el enseñar y el aprender a la vida cotidiana de las organizaciones y a las prácticas de trabajo, en el contexto real en el que ocurren.

Las siguientes estrategias resumen las modalidades de capacitación utilizadas:

1. a. Capacitación en servicio - tutorías

La capacitación en servicio es concebida como una estrategia permanente, reflexiva y participativa para el desarrollo de las instituciones y de los equipos en y desde el propio ámbito de la trabajo. Ello representa la integración de la capacitación a las prácticas cotidianas, dirigida a la identificación de los problemas de las prácticas y de las necesidades de la población.

En dicho proceso, los miembros de los equipos de los servicios no son entendidos como simples destinatarios de conocimientos sino como sujetos activos en la búsqueda de la calidad de sus prácticas y de la conformación de equipos. De esta forma, la estrategia adoptada responde a las nuevas tendencias de educación de adultos y a las actuales recomendaciones nacionales e internacionales para la Educación Permanente del personal de salud y educación.

Esta modalidad remite a la presencia en los servicios de un equipo de capacitadores con competencia técnica, cuya labor consiste en colaborar con el grupo para la identificación de los problemas de las prácticas y, muy especialmente, de los problemas de gestión subyacentes; y para el reconocimiento de las necesidades y posibilidades de los destinatarios de la capacitación en la transferencia de experiencias y conocimientos, facilitando la construcción de soluciones compartidas.

Para eso, se realizan convenios con hospitales que cuentan con servicios con amplia trayectoria y experiencia en las distintas temáticas contempladas en este plan (neonatología, enfermería, pediatría, obstetricia, citología, adolescencia, otros) para que realicen la capacitación y el acompañamiento de los equipos de salud de las maternidades y hospitales provinciales. Estas instituciones tutoras brindan además informes periódicos de avances incluyendo a los responsables jerárquicos en coloquios de cierre de cada visita.

La implementación de la capacitación en servicio requiere:

1. Convenios con instituciones (hospitales) que cuentan con servicios aptos para realizar tutorías.
2. Identificación de servicios capacitadores.
3. Contrato de personas (tutores) que se instalarán en los servicios de las provincias priorizadas.
4. Capacitación a capacitadores: modelo de trabajo, resultados esperados, reportes, comunicación, manejo de conflictos, etc.
5. Previsión de contingencias o recambios.
6. Evaluación continua.
7. Modelo de pago: Convenio con el Hospital Garrahan u otros.
8. Fuente de Financiación: presupuesto Ministerio de Salud, Plan Nacer, FESP, etc.

9. Estructura y organización.

1.b. Pasantías/intercambios horizontales

Las pasantías tienen un valor particular por permitir la circulación horizontal de experiencias, fortalecer la participación activa de los grupos desde la práctica y estimular las innovaciones. Se realizan actividades de intercambio de experiencias relevantes entre servicios y entre equipos, dentro de una misma provincia o entre distintas provincias.

La modalidad facilita la transferencia horizontal, la valoración y análisis de experiencias, de sus logros y obstáculos, así como su multiplicación. El intercambio de experiencias desarrolladas en los efectores puede adoptar distintas modalidades, dependiendo de los propósitos y de las posibilidades.

En este marco, es importante tener en cuenta que los perfiles de los pasantes varían de acuerdo a la necesidad evaluada en cada caso (integrantes de un servicio, directores del nivel hospitalario o del primer nivel de atención, profesionales involucrados de algún modo con el eje a trabajar).

Las actividades de los pasantes por lo general incluyen:

- observación, consistente en la visita al efector/servicio con fines de conocimiento de la experiencia e intercambio directo con sus actores.
- participación, lo que implica la permanencia en el servicio que ha producido la experiencia por un tiempo predeterminado para acompañar de modo activo el desarrollo de las acciones.
- transferencia, en la que algunos miembros de los equipos que han desarrollado la experiencia se trasladan a su propio lugar de trabajo u otro efector a fin de instalar las nuevas prácticas.

1.c. Asistencia técnica

La asistencia técnica está dirigida básicamente a proporcionar conocimientos, información y metodologías facilitadoras del análisis de los problemas y estrategias para su resolución, en el marco de la gestión, tanto a nivel central como a nivel operativo.

Tiende a propiciar el fortalecimiento institucional y al desarrollo de modelos organizacionales locales, a través de la lectura problematizadora de la realidad y, en base a este análisis, construir respuestas adecuadas que apunten a optimizar las políticas y las acciones.

1.d. Talleres, encuentros, cursos, seminarios, etc.

Estos dispositivos también constituyen modalidades útiles, en particular para la transferencia de conocimientos sistemáticos o de experiencias relevantes. Sus aportes resultan potenciados cuando son incorporados al proceso de capacitación en servicio para posibilitar su efectiva apropiación en la práctica.

La modalidad de capacitación definida, así como el número de capacitadores, capacitados/pasantes y la frecuencia de su actividad, dependerá de las necesidades detectadas en cada provincia en la instancia de la planificación conjunta y de acuerdo a los ajustes surgidos durante el proceso de implementación. Por ese motivo, y según el eje a trabajar, puede designarse un número variable de capacitadores así como apelar a diversos perfiles. También se pueden designar capacitadores locales por provincia a cargo del fortalecimiento de la gestión del programa.

2. Regionalización de la atención perinatal

El concepto de regionalización significa el desarrollo dentro de un área geográfica, de un sistema de salud materno y perinatal coordinado y cooperativo en el cual, merced a acuerdos entre instituciones y equipos de salud y basándose en las necesidades de la población, se identifica el grado de complejidad que cada institución provee con el fin de alcanzar los siguientes objetivos: atención de calidad para todas las gestantes y recién nacidos, utilización máxima de la tecnología requerida y del personal perinatal altamente entrenado a un costo/efectividad razonable.

Personal e instituciones del sistema perinatal regionalizado deben estar vinculados a una red de comunicaciones para la consulta con expertos, debe proveerse capacitación básica y continua para médicos, enfermeras y otro personal. Bajo determinadas circunstancias se debe asegurar el transporte de las gestantes con complicaciones y de los neonatos que lo requieran hacia otras instituciones con servicios más complejos o con mejores resultados.

Cada componente del sistema regional debe proveer la atención de mayor calidad, pero es el grado de complejidad del paciente el que determina dónde y quién proveerá la atención.

- La mortalidad neonatal es inferior cuando los bebés de mayor riesgo (los < 1500g) nacen en unidades de mayor complejidad y con mayor número de partos.
- Es posible lograr que el más del 65% de los recién nacidos de mayor riesgo (<1500g) nazcan en unidades especializadas.

- Es necesario organizar el servicio de traslado de pacientes perinatales. Los programas de regionalización estimularon la derivación del alto riesgo materno y neonatal, considerando el método de transporte más seguro para el prematuro extremo el transporte in utero.
- La mortalidad de los recién nacidos <1500g en las instituciones se asocia al número de internaciones anuales en la terapia intensiva y/o al número de partos anuales de la institución.
- La mortalidad de los recién nacidos se asocia a la proporción de enfermeras por paciente crítico.
- La proporción de médicos especializados requeridos para la atención de recién nacidos críticos es inferior en los países con sistema regionalizado. Más neonatólogos no significa menos mortalidad.
- Los sistemas regionalizados se desarrollaron con médicos de dedicación completa.
- Los sistemas regionalizados se organizan siguiendo 3 niveles de atención o de complejidad para la atención perinatal, categorizando a los recién nacidos según requerimiento de la atención neonatal.
- La estrategia de regionalización es aplicable a países en vías de desarrollo. Al abordar el concepto de regionalización para países en desarrollo se debe tener en cuenta en que estadio de la supervivencia neonatal fue propuesto. La regionalización de los servicios perinatales fue concebida en los '70', cuando la mortalidad neonatal en los países desarrollados había descendido al 15‰, fundamentalmente en base a la mortalidad de los < 1500g por lo que los avances debían basarse en el desarrollo de unidades de cuidados intensivos obstétricas y neonatales.
- La regionalización requiere de instrumentos de control de calidad de la atención.

La inexistencia de un programa nacional que organizara la perinatología pública en niveles de complejidad más la insuficiente actividad regulatoria y de control del estado a nivel privado y de obras sociales tuvo como resultado que hacia el año 2008 haya excesivo número de establecimientos (públicos y privados) con oferta de terapia intensiva neonatal. Los resultados de cada servicio en términos de mortalidad neonatal y morbilidad no son de notificación obligatoria y se conocen sólo parcialmente. Donde se midió se observa una gran variabilidad de resultados: desde instituciones públicas con mortalidad neonatal del 6 por mil hasta otras con 12 por mil, dentro de la misma región

sanitaria. La misma variabilidad se observa en la atención obstétrica, reflejada en la mortalidad fetal, desde 3 por mil hasta 18 por mil en hospitales de la misma región sanitaria.

Al momento actual, los hospitales tienen complejidades disímiles con variabilidad de resultados, sin división por niveles de complejidad, sin sistemas estables de transporte, sin población a cargo. Las derivaciones que se producen son fundamentalmente de parturientas de riesgo habitual.

El Ministerio de Salud de la Nación considera necesario regionalizar la atención perinatal para racionalizar el sistema y obtener mejores resultados obstétricos y neonatales.

3. Participación y fortalecimiento de la demanda

La participación y el involucramiento de los diferentes actores en el campo de la salud son esenciales, tanto para mejorar la calidad de vida de las personas, como medio para incrementar la calidad de las intervenciones que se realizan desde los distintos niveles de atención del sistema de salud. Para eso, es necesario tener en cuenta que las personas no se desenvuelven de manera separada y aislada, sino que las personas se mueven en distintos espacios de socialización y grupos de pertenencia.

Los hábitos y costumbres se desarrollan y consolidan en estos espacios, es por eso que para lograr cambio y mejoras tanto a nivel de los pacientes, como de los equipos de salud, es necesario dirigir las acciones hacia estos espacios. En este sentido, el Plan concibe a la participación como una herramienta fundamental para el cumplimiento de los objetivos propuestos, en especial, en lo referido a la mortalidad materna. Por ejemplo, la inclusión de la comunidad en el cuidado del embarazo, además de ser una problemática muy cercana a su realidad cotidiana, contribuye a mejorar la capacidad de respuesta de los diferentes efectores de salud y permite alcanzar una mayor eficiencia, efectividad y accesibilidad de las intervenciones contempladas en el Plan. En una primera etapa, la participación de la comunidad se realizará a través de proyectos participativos enfocados en el cuidado del embarazo.

Este Plan concibe actividades dirigidas a los distintos espacios de socialización, como ONGs, organizaciones comunitarias y barriales (sociedades de fomento, clubes, comedores, etc.), grupo de padres y madres, sala de espera, espacios hospitalarios, grupo de pares, centros de salud, entre otros.

Incluir estos espacios dentro de las acciones del Plan implica lograr una participación más activa de los distintos referentes del barrio, vecinos y organizaciones, para trabajar de manera conjunta con los equipos de salud de los distintos efectores. Entre los ejes para fomentar la participación comunitaria se encuentra: socialización de la información

disponible en el sistema; nominalización de las embarazadas; capacitación para la determinación de los riesgos asociados al embarazo; articulación con los equipos de salud en las acciones concretas a llevar adelante; fortalecimiento de las prácticas de crianza; reparto de tareas y de responsabilidades; empoderamiento de las mujeres e inclusión de la comunidad en la toma de decisiones.

La instalación de la participación comunitaria dentro del campo de la salud, no es nueva y requiere un trabajo intenso y continuo, ya que implica un cambio en la manera de pensar el proceso salud-enfermedad-atención desde el sistema de salud con un enfoque de género y en el marco de los derechos. Por lo cual, dentro de la propuesta se incluyen actividades que apuntan a resignificar el lugar que tiene la comunidad dentro del sistema de salud, o mejor dicho, cómo el sistema se incorpora a la dinámica de funcionamiento de la comunidad.

El eje de cuidado del embarazo está centrado en tres aspectos principales: generar responsabilidad nominada, visualizar acciones realizadas por la comunidad, potenciar el trabajo conjunto de los equipos de salud y la comunidad. Asimismo, para lograr mejores resultados en salud, es imprescindible incluir a todos los actores que forman parte del sistema. Efectivizar la participación comunitaria requiere, además de un cambio en la concepción de salud, recursos y financiamiento para plasmar las distintas actividades a desarrollar.

Para llevar a la práctica todo esto se propone la realización de proyectos comunitarios en donde el eje sea el cuidado de las embarazadas. Para ello, el proyecto incluirá una serie de actividades y definiciones, a saber:

1. Identificación por riesgo y ubicación de las embarazadas y puérperas del barrio.
2. Articulación con los equipos de salud de los efectores para garantizar el acceso de las embarazadas.
3. Obtención de turnos para la realización de los controles.
4. Recordación y/o acompañamiento a los controles.
5. Disponibilidad de guardería de niños para el cuidado de los otros hijos de la embarazada.
6. Sensibilización sobre cuidados de embarazo, parto y puerperio.

7. Consideración de dos de las tres demoras relacionadas con el cuidado de embarazadas (Primera Demora: desconocimiento de las señales de peligro y la no necesidad de buscar ayuda; Segunda Demora: retraso en llegar a la unidad de salud).
8. Planificación de la movilidad según emergencia y/o controles de rutina.
9. Acompañamiento para la preparación del parto.
10. Conocimiento del lugar de parto.
11. Seguimiento del puerperio.
12. Cuidados del niño menor de 1 año.
13. Lactancia, alimentación y desarrollo infantil.
14. Salud Ambiental: agua-aire-residuos.
15. Signos de alarma.
16. La comunicación con el equipo de salud: problemas y limitaciones.

Se realizará la convocatoria abierta a todas las organizaciones de la comunidad y se financiará cada proyecto sobre los puntos previos.

Otros ejes de la propuesta se dirigen a fomentar la participación y a realizar actividades de promoción, prevención, comunicación y concientización en los distintos espacios de socialización, como son el barrio, salas de espera, espacios hospitalarios, escuelas, centros de salud, organizaciones, grupos de pacientes, espacios públicos, grupos de padres, etc. Las temáticas incluyen empoderamiento de las mujeres para el ejercicio de los derechos y decisiones en salud sexual y procreación responsable, planificación familiar, crianza de los niños, cuidados y controles de salud, embarazo adolescente.

4. Comunicación

El Plan Operativo contempla tres aspectos: educación y construcción de ciudadanía; difusión de avances y resultados; instalación social del problema.

4.a. Construcción de ciudadanía

La estrategia se centra en la convicción de que con la presencia de mensajes en los medios de comunicación sobre temáticas vinculadas a la mortalidad materno infantil, la salud sexual y reproductiva de la mujer y el adolescente, a la vez que se informa a la

población sobre temas relevantes para su salud, se avanza en la visibilización de sus causas y se genera un proceso de construcción de demanda social y política para que sean mejoradas y solucionadas las problemáticas de gestión, recursos humanos, equipamiento y demás motivos que representan un obstáculo para la reducción de los índices de mortalidad materno-infantil, de la mujer y el adolescente.

Esto se traduce en acciones que favorecen el acercamiento de la educación a la vida cotidiana, pues se asienta en el reconocimiento del potencial educativo de la situación de trabajo; en otros términos, que en el trabajo se aprende. Ello supone tomar a las situaciones diarias como disparador del proceso de aprendizaje, analizando reflexivamente los problemas de la práctica y valorizando el propio proceso de trabajo en salud e involucrando a los equipos en el mejoramiento de la acción.

4.b. Difusión del Plan Operativo

El acuerdo político inicial con el establecimiento de metas contempla el compromiso de difusión pública de los avances y resultados, lo cual somete a los actores del Plan a ser visibilizados por la comunidad.

4.c. Instalación Social del Problema

La estrategia es trabajar con formadores de opinión —los líderes de opinión locales, las sociedades científicas, las ONGs, etc.— en la instalación del problema en la agenda social y en la construcción de opinión.

Comunicación social: acciones de nivel nacional y provincial

La propuesta de comunicación para el Plan de Reducción de la Mortalidad Materno-Infantil, de la Mujer y el Adolescente ha sido elaborada desde la concepción de la comunicación como un espacio de producción de sentidos sociales y de negociación, donde lo macro-social y lo micro-social se unen para generar procesos más amplios de participación y cambio social.

La comunicación fue históricamente concebida en su carácter más instrumental, como 'canales' o 'formas' más o menos acertadas para difundir innovaciones, propiciar hábitos saludables o dar a conocer noticias relevantes. Pero estas concepciones tradicionales, hoy van cediendo paso a otros modos de concebir la comunicación. Se empieza a pensar que el lenguaje 'construye el mundo'; lo recrea, lo sostiene e incluso prefigura 'otros mundos posibles'. La comunicación deja de ser un 'instrumento al servicio de', para convertirse en una 'dimensión estratégica' en la reducción de la mortalidad materno infantil.

Se trata de que las políticas priorizadas por este Plan Operativo sean significativas en cada uno de los destinatarios definidos. La comunicación será responsable de crear sentidos con el fin de que las propuestas resuenen en cada una de las audiencias a alcanzar.

En este sentido, esta propuesta no se reduce a diseñar y redactar mensajes atractivos, sino que se incorpora la visión estratégica que implica crear nuevos significados comunes, poner en cuestión prácticas de los equipos de salud que puedan resultar un obstáculo para la reducción de la mortalidad materno-infantil, lograr que los ciudadanos y ciudadanas sean más sensibles a ciertos temas e impulsar la visibilización de estos temas en la conversación pública.

Los objetivos de la comunicación son: contribuir desde la comunicación con las estrategias de reducción de la morbilidad materna infantil, de la mujer y el adolescente impulsadas desde el Ministerio de Salud de la Nación; abogar por la inclusión de las temáticas centrales del Plan Operativo en la agenda mediática y gubernamental; aportar información a la población, específicamente a aquellos sectores más vulnerables, a fin de que puedan tomar decisiones informadas sobre su salud y la de su familia; avanzar en la defensa y el cumplimiento del derecho a la salud integral, motivando a la acción y la reflexión e incorporar nuevos actores en la promoción y prevención de la salud de las comunidades.

La estrategia que recorre las diferentes acciones de comunicación propuestas, se centra en la convicción de que con la presencia de mensajes en los medios de comunicación sobre temáticas vinculadas a la mortalidad materno infantil, de la mujer y el adolescente, a la vez que se informa a la población sobre temas relevantes para su salud, se avanza en la visibilización de sus causas y se genera un proceso de construcción de demanda social y política para que sean mejorados y solucionados los problemáticas de gestión, recursos humanos, equipamiento y demás que representan un obstáculo para la reducción de los índices de mortalidad materno-infantil, de la mujer y el adolescente.

En síntesis la presencia en los medios de comunicación de estas temáticas: sus causales, sus nudos y sus posibles soluciones impulsa la búsqueda de modificaciones en los sistemas de salud en pos de una mejora en la salud de las mujeres, los niños y adolescentes.

5. Monitoreo y evaluación

Entre las intervenciones planeadas por el Plan Operativo se encuentran el monitoreo, la evaluación y la devolución a las autoridades políticas, con la expectativa de cambios en las políticas de salud. Así como el establecimiento de nuevas metas.

4.5. Visita inicial a la Provincia

4.5.1 Acuerdo político inicial

Se considera como punto de partida el acuerdo político institucional entre el gobernador de la provincia de la Provincia y su Ministro de Salud, y el Ministerio de Salud de la Nación a través del Secretario Nacional de Promoción y Programas Sanitarios y/o el Subsecretario de Salud Comunitaria.

Dicho acuerdo significa la definición de los objetivos generales de la propuesta, las metas a cumplir y define el alcance del compromiso político necesario para alcanzarlas. Adicionalmente se incluyen en este acuerdo: fecha de los talleres, participantes, responsables de la convocatoria y metas e indicadores de base.

4.5.2 Agenda del taller y duración

La agenda remite a la modalidad de intervención definida en el capítulo 8 como Planificación Estratégica.

Plan de trabajo

Taller de dos jornadas completas.

En base a indicadores y metas de reducción de la Mortalidad de la Mujer, el Niño y el Adolescente acordados entre Nación y Provincia se analizarán para cada provincia, a través de trabajos en grupo y en plenarios, las causas que conducen a los indicadores actuales y se elaborarán y acordarán propuestas de acción que contribuyan a la metas 2011.

- Día 1: Presentación de situación actual y metas; determinación de causas.
- Día 2: Elaboración de acciones de mejora y establecimiento de acuerdos y compromisos.

Participantes	Día 1		Día 2	
	Requerido	Deseable	Requerido	Deseable
Ministro de Salud				

Secretarios		
Subsecretarios		
Directores Provinciales		
Titular Maternidad e Infancia		
Titular del Plan Nacer		
Titular Salud Sexual y Procreación Responsable		
Titular Cáncer Cérvico-uterino		
Titular Adolescencia		
Titular PROSANE		
Titular Región Sanitaria		
Titular Area Externa		
Titular Hospital Zonal		
Referente OSP		
Directores efectores		

Trabajo en grupos

* Se dividirá a los participantes según cumplan sus tareas en Nivel Central, Hospitales y Primer Nivel.

* Grupos de entre 10 y 20 participantes como máximo. Podrán armarse entre 2 y 3 grupos por nivel. El total de grupos estaría entre 6 y 9.

* Todos los grupos abordarán las mismas problemáticas y trabajarán con las mismas consignas y elementos.

* Cada grupo tendrá un facilitador por Nación. Como alternativa se asignarán 2 facilitadores con roles definidos para cada uno o facilitadores rotativos que observaran a los grupos y continuarán su función en los grupos de mayor dispersión. Los facilitadores concentrarán sus esfuerzos en sostener la discusión dentro de los temas asignados a cada momento sin ejercer un juicio de valor sobre las opiniones de los participantes y administrando los tiempos asignados a cada actividad.

DIA 1

1. Presentación Inicial del Encuentro

Presentación de las autoridades Nacionales. Objetivos del Encuentro, Agenda (líneas generales, actividades, refrigerios y horarios), participación deseada, los temas a abordar (lo pertinente, para qué es el encuentro, para qué no), resultados esperados.

2. Indicadores Provinciales

Presentación realizada por la Provincia de sus indicadores y metas en relación con la disminución de la morbimortalidad del niño, la mujer y el adolescente. El ítem representa un Análisis de la Situación de Salud, en especial, de las diferentes tasas y razones de mortalidad a nivel provincial.

3. Indicadores y Metas 2010 y 2011

Presentación por las autoridades nacionales de indicadores y metas para 2010/11.

4. Análisis Diagnóstico - Trabajo en grupos

- Presentación individual de cada participante (nombre, cargo y lugar de trabajo).
- Trabajo individual, se distribuye y completa en forma individual la hoja 1 de la grilla 'causales por problemática'.
- Cada grupo elabora una matriz grupal a partir de los aportes individuales y los prioriza.

5. Diagnóstico - Trabajo en Plenario

Puesta en común, en plenario de las causales detectadas por cada grupo en cada problemática. Priorización de las causales.

6. Diagnóstico - Presentación Final

Presentación del diagnóstico final elaborado por los facilitadores más notas especiales surgidas durante el diagnóstico. Trabajo en Plenario.

DIA 2

7. Presentación agenda del día

Presentación de la agenda del día (líneas generales, actividades, refrigerios y horarios). Objetivos y resultados esperados. Refuerzo sobre participación deseada, los temas a abordar (lo pertinente, para qué es el encuentro, para qué no, en caso de ser necesario).

8. Análisis de acciones - Trabajo en grupos

Mismos grupos que en día 1.

- Trabajo individual, se distribuye y completa en forma individual la hoja 2 de la grilla 'acciones'.
- Cada grupo elabora una matriz de acciones grupal a partir de los aportes individuales y los prioriza.

9. Acciones - Trabajo en Plenario

- Puesta en común, en plenario de las acciones propuestas por cada grupo en cada problemática.

Priorización de las acciones.

- Se acuerdan así las principales acciones a tomar, las que formarán parte del acuerdo a firmar por la Provincia y el Ministerio de Salud de Nación.

10. Acciones - Presentación Final. Equipo Ministerial – Gobernador

Presentación de las acciones propuestas elaboradas por los facilitadores más notas especiales surgidas durante el momento 'Acciones-Trabajo en Plenario'.

11. Redacción del documento final

12. Firma Acta Compromiso entre el gobernador de la Provincia y el Ministerio de Salud de la Nación.

4.6 Actas Acuerdos

El Ministerio de Salud de la Nación suscribe Actas Acuerdos con los gobernadores provinciales que manifiesten la voluntad político institucional de cumplir con los objetivos. La firma del acta acuerdo surge después del taller, porque la misma contiene el resumen de lo identificado entre todos los actores.

Las Actas Acuerdo incluyen:

d) Explicitación de metas a alcanzar en reducción de mortalidad infantil y materna, salud sexual y procreación responsable, reducción del embarazo adolescente no deseado y en prevención de cáncer cérvico-uterino para fines de 2011.

e) Asistencia Técnica, capacitación en servicio y recursos económicos de la Nación para apoyar a la provincia.

f) Publicación de las Actas en medios locales y nacionales. Evaluación de avance cuatrimestral.

g) Resultados anuales. Publicación.

Evaluación

Los capacitadores deberán presentar un informe por cada Acuerdo de Obra ejecutado.

Dichos informes son de gran importancia para el monitoreo de las actividades de capacitación que se realizan en el marco de la planificación acordada, ya que permiten conocer qué se está haciendo, cómo se está haciendo y qué obstáculos se han identificado en el camino.

Ello permite acompañar a la provincia en la selección de estrategias de intervención y de acciones de capacitación futuras.

También pretende ser una herramienta de trabajo para la propia provincia, pues apoya el seguimiento local de los procesos de capacitación y la programación de las actividades.

Por un lado, se desarrollarán instrumentos de evaluación; y por otro, se solicitará que cada actividad realizada se complete con un informe —verbal primero y documental después— que incluya una reunión con el equipo de trabajo local. Eso implica reunir a los jefes de servicio, de residentes, de enfermería del área, el director/a del hospital y el

jefe de hospitales. Eventualmente también al director/a del Comité de Mortalidad, al ministro y a otros actores cuya participación se considere imprescindible para progresar, como el jefe/a de rayos o de laboratorio si se hubieran detectado problemas con esas áreas. Se considera imprescindible la devolución de la información y conclusiones a los responsables de los logros y nuevas metas. También dará un informe de avance a la prensa como manera de contar con la misma población como auditora del proceso.

Instalación en la agenda pública provincial del compromiso asumido

Comunicación para evaluación y seguimiento

En función del objetivo de potenciar la instalación en la agenda pública de la provincia de la situación de salud de la mujer, materno-infantil y adolescente y el compromiso provincial y nacional para concretar su reducción, luego de la firma del Acta-Acuerdo se inician las acciones comunicacionales que permitan la puesta en conocimiento de la comunidad de los compromisos asumidos entre la Nación y la Provincia, respecto de los objetivos, las metas establecidas y sus avances.

Se trata de generar acciones sistemáticas de comunicación que permitan la instalación en la agenda pública provincial de las problemáticas principales en relación con la mortalidad materno infantil. De esta forma, será posible que la población realice un seguimiento del cumplimiento de las metas fijadas en cada provincia a través de la firma de un Acta-Acuerdo entre la Gobernación y el Ministerio de Salud de la Nación.

Se han previsto 3 líneas de acción:

1) Presentaciones provinciales del plan y difusión de los avances en relación con el cumplimiento de las metas fijadas.

Convocatoria a periodistas de medios locales y referentes socio-comunitarios con el fin de explicar y exponer los principales puntos que incluye el Plan Operativo. Acción coordinada con los referentes comunicacionales de cada provincia.

Reuniones periódicas con periodistas para informar los avances en el cumplimiento de las metas fijadas.

2) Integración del referente de comunicación a las UEP

Con el fin de asegurar el seguimiento, evaluación y monitoreo de las acciones de comunicación se propone la integración del referente comunicacional a la Unidad Ejecutora Provincial de cada provincia. Se considera necesaria una interacción periódica del área de comunicación con los referentes de las diversas áreas a fin de coordinar las

acciones y realizar el necesario seguimiento y monitoreo sobre las campañas y demás acciones comunicacionales desarrolladas. De esta forma, se pretende asegurar que las estrategias de comunicación no se planteen como acciones aisladas, sino que puedan integrarse en las políticas de modo de asegurar la integralidad de las mismas.

3) Campañas provinciales

Las campañas provinciales intentan que las acciones comunicacionales se orienten a las necesidades propias de cada provincia. Se propone que las provincias realicen acciones comunicacionales que complementen las acciones de comunicación impulsadas a nivel nacional, con el fin de generar mensajes adecuados a la realidad y el contexto socio-histórico de cada provincia.

Se incluirá a las provincias que han firmado el acta-acuerdo y han definido metas en la reducción de la mortalidad materno-infantil.

4.7. Actores sociales involucrados

Se realiza un mapeo de actores que se relacionan con el problema. Estos participan por Nación y por la Provincia.

Desde Nación participan:

- Ministro de Salud de la Nación.
- Secretario de Promoción y Programas Sanitarios.
- Subsecretario de Salud Comunitaria.
- Directora Nacional de Maternidad e Infancia.
- Equipo Subsecretaría Salud Comunitaria.
- Equipo Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable.
- Equipo Programa Nacional de Salud Integral del Adolescente.
- Equipo Programa de Prevención del Cáncer Cérvico Uterino.
- Equipo Plan Nacer.

Equipo PROSANE.

Por la Provincia participan:

- Integrantes de la Unidad Ejecutora Provincial UEP, incluyendo al Ministro y Subsecretarios.
- Directores Provinciales.
- Titulares de Maternidad e Infancia, del Plan Nacer, Salud Sexual y Procreación Responsable, Adolescencia, Cáncer Cérvico-Uterino, PROSANE, Regiones Sanitarias, directores de Hospitales, Primer Nivel de Atención, Obras Sociales Provinciales.

Se convocan también a representantes de la comunidad, ONGs, etc.

Se convoca a la participación en el Plan a las agencias internacionales, como OPS (Organización Panamericana de la Salud), UNICEF Argentina (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia), UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) y a Sociedades Científicas, como:

- Sociedad Argentina de Pediatría.
- Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires.
- Asociación Argentina de Perinatología.
- Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.
- Sociedad Argentina de Terapia Intensiva.
- Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
- Federación Argentina de Enfermería.
- Federación de Obstétricas de la República Argentina.

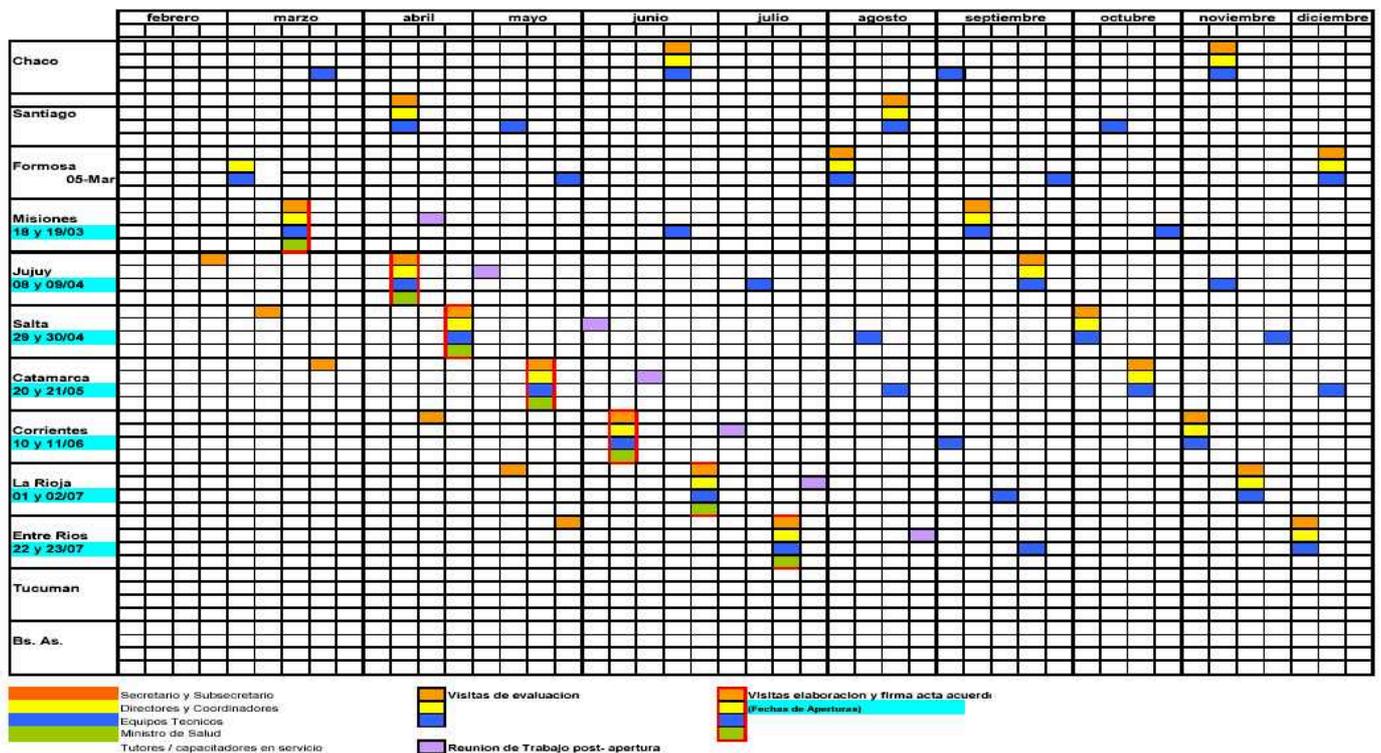
Cada uno de los actores participa desde su perspectiva, con su definición del problema, sus intereses, potencial y relaciones.

4.8 Cronograma

El plan se propone avanzar con las actividades y acciones antes mencionadas en un grupo de 10 provincias del NOA y NEA argentino, sumando la Provincia de Buenos Aires, que por ser la que mayor mortalidad presenta, constituye una prioridad para ser incorporada en la etapa inicial del Plan.

Durante los meses de octubre y noviembre 2009 se ha comenzado las tareas previas y los programas de asistencia técnica y capacitación en servicios en las provincias de Chaco, Santiago del Estero y Formosa, y hasta abril de 2010 se han incorporado Misiones y Jujuy.

Durante el 2010 se proyecta comenzar con las actividades en las otras provincias dando continuidad a los programas de capacitación en servicios, asistencia técnica y demás acciones previstas en el conjunto de las primeras provincias del programa.



4.9 Presupuesto y recursos

El presupuesto destinado al Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de los Adolescentes surge de la sumatoria de los costos de cada una de las acciones para cumplir con las actividades necesarias para lograr los objetivos (ver capítulo 9). Consta de diferentes fuentes de financiamiento y áreas a los que se aplica.

En lo referido a capacitación de los servicios se desarrollan un conjunto de actividades promovidas por la Dirección de Maternidad e Infancia y el Plan Nacer.

Adicionalmente, el presente Plan Operativo promueve instancias de capacitación específicas a ser cubiertas por el Gobierno Nacional. En esta línea se contemplan reuniones de especialistas y programas de capacitación en servicio, pasantías/intercambios horizontales y asistencia técnica con participación de reconocidos especialistas de instrucciones de referencia en su campo.

El presupuesto de los programas de capacitación en servicio, pasantías/intercambios horizontales y asistencia técnica para el año 2010 ronda los \$ 7.000.000. Para los meses de noviembre y diciembre 2009 y por los mismos conceptos se suman \$ 200.000, totalizándose una inversión de \$ 7.200.000 sólo en concepto de capacitación en servicio, pasantías/intercambios horizontales y asistencia técnica.

Los conceptos incluidos en este presupuesto contemplan todos los gastos de transporte y estadías de los equipos formadores más las horas cátedras correspondientes, así como los traslados y viáticos de los equipos destinatarios de la formación en cuanto a los programas de pasantías/intercambios horizontales del programa.

Cabe destacar que la inversión prevista por el Gobierno Nacional en esta iniciativa prevé montos adicionales a los efectos de financiar los talleres y otras actividades de formación, más las distintas propuestas de promoción, prevención y participación.

Por otro lado, se da continuidad y fortalecimiento a todos los programas nacionales que directamente o indirectamente reducen la mortalidad materno infantil, de las mujeres y los adolescentes.

La Dirección Nacional de Maternidad e Infancia continúa con los subprogramas de Ginecología y Obstetricia, Lactancia, Neonatología, Pesquisa Neonatal, Salud Infantil, Nutrición e Informática (SIP). Se fortalece la Estrategia de Internación Abreviada para las Enfermedades Respiratorias, el Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas, los Planes de Vacunación, la compra de equipamiento para los servicios de neonatología y pediatría, la entrega de leche, insumos y medicamentos.

El Plan Nacer financia los Seguros Materno Infantil Provinciales mediante transferencias económicas asociadas a resultados (inscripción de beneficiarios y cumplimiento de resultados sanitarios).

Con recursos del Plan Nacer y otros, el Ministerio de Salud de la Nación provee insumos críticos esenciales a las provincias, con la entrega a establecimientos de todo el país de bienes tales como ambulancias, equipamiento médico (ecógrafos, equipos de rayos X, autoclaves, entre otros), equipamiento informático y mobiliario.

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable diseña, planea, organiza y fortalece el eje de prevención y promoción de la salud sexual en la población. También provee insumos (anticonceptivos) de modo continuo a la población sin cobertura social. Monitorea y evalúa los resultados alcanzados en materia de planificación familiar.

El Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-Uterino provee equipamiento informático, fortalece los laboratorios de citología (equipamiento), los sistemas de seguimiento y tratamiento de las mujeres con lesiones precancerosas y cáncer, y las actividades de búsqueda activa de las mujeres. Asimismo, continuará con la implementación de Programas de Intercambio para la Gestión de Laboratorios de Citología y para Servicios de Patología Cervical, así como la capacitación para la búsqueda activa de mujeres y la toma de Paps.

El Ministerio de Salud de la Nación proveerá equipamiento crítico para las Provincias, que será presupuestado de acuerdo a cada caso.

4.10 Sistematización, monitoreo y evaluación

La finalidad de la sistematización es contar con un marco que permita brindar un insumo relevante en el proceso de evaluación del alcance de las metas. Se presentan los lineamientos generales para la sistematización y seguimiento de la implementación del Plan Operativo en cada provincia.

Se trata de recuperar información significativa producida a lo largo del proceso de implementación que permita apreciar por qué se obtuvieron o no determinados resultados. Asimismo, la sistematización permitirá producir transferencias de conocimientos y estrategias a las provincias y regiones que se vayan incorporando al Plan.

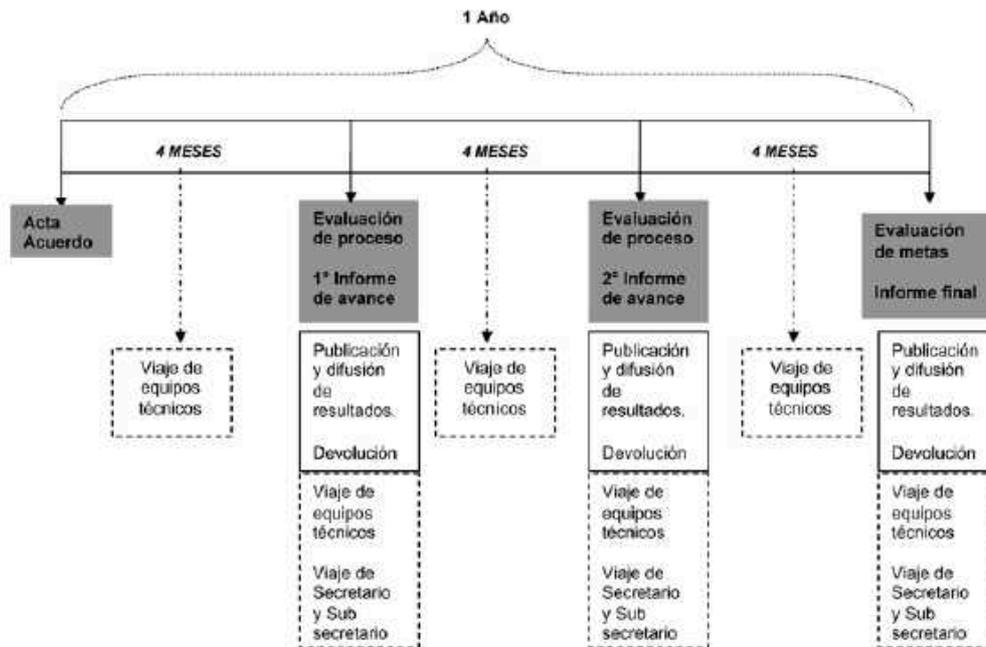
Cabe destacar que la dimensión comunicativa constituye un aspecto importante en todo el proceso de sistematización; tanto en lo que hace a la información a la ciudadanía de estos avances y/o demoras en el cumplimiento de las metas parciales y finales, como en el acto de dar cuenta del proceso de gestión del proyecto, en la elaboración de los informes finales y en una presentación ordenada, clara y sintética; donde se pondrán en juego habilidades comunicacionales.

Sistematización del proceso de implementación del Plan Operativo.

I. Información relacionada con la gestión del Plan, en términos de estructuras o procesos, redefinidos o modificados, así como los facilitadores u obstáculos encontrados.

II. Información relacionada con los resultados, efectos o cambios logrados en función de las metas definidas en el Acta Acuerdo y Anexo.

Monitoreo



Evaluación

En esta etapa interesa saber si las estructuras, los equipos, insumos y reorganizaciones previstos son los que se requerían y resultan suficientes, y también si las metodologías de trabajo y actividades propuestas son las adecuadas y funcionan según lo esperado. Se trata de contrastar el Plan formulado con las evidencias que surgen mientras van siendo aplicadas con el propósito de introducir correcciones, si fueran necesarias, para alcanzar mayores niveles de eficacia.

Durante el período de ejecución del Plan se realizarán diversas evaluaciones que pondrán el foco en diferentes dimensiones y variables. Se podrá énfasis en los diferentes modelos de la ejecución del Plan subdividiéndolo en tres amplios momentos:

1. Instalación o puesta en marcha.
2. Desarrollo pleno de las actividades o procesos previstos.
3. Institucionalización y afianzamiento de los procesos desarrollados.

Primer momento – aspectos en los que se pondrá el foco:

- Pertinencia del Plan operativo para el período.
- Instalaciones de infraestructura. Equipamientos existentes.
- Conformación de los equipos y definición de responsables.

- Detalle de la capacitación de los equipos técnicos.
- Sistemas de registros.

Segundo momento – aspectos en los que se pondrá el foco:

- Metodologías de trabajo o formas en que se están desarrollando las acciones.
- Formas de superación de las dificultades encontradas, cambios que ha habido que incorporar.

Modelo para sistematización, monitoreo y evaluación

- Modos de gerenciamiento: articulación entre las diferentes actividades, desempeño de los miembros del equipo, integración de este último, modalidades de toma de decisiones y estilos de liderazgos.
- Articulación y coordinación entre diferentes partes de la red sanitaria.
- Ejecución presupuestaria y costo por actividad.
- Estrategias desplegadas para la sustentabilidad futura.
- Resultados que se van obteniendo.

Tercer momento - aspectos en los que se pondrá el foco:

- Avances en la sustentabilidad e institucionalización de las actividades y procesos.
- Ejecución presupuestaria. Avances en el análisis de los costos de las acciones desplegadas.
- Avances en la sistematización de la experiencia.
- Cambios en las situaciones, concepciones y conductas en los actores del sistema sanitario involucrados en la gestión.

Devolución y difusión

En cada oportunidad en que se realice una evaluación debe efectuarse una devolución de los hallazgos a los interesados y debe informarse a la ciudadanía sobre los resultados.

Los equipos y actores involucrados en la implementación del Plan deben recibir las devoluciones y tener oportunidad de corregir las descripciones, explicaciones, conclusiones y recomendaciones emergentes.

Por su parte, la población destinataria de los servicios de salud debe poder acceder a la información de estos resultados, por ejemplo, mediante su publicación en los medios de comunicación local.

Provincia:
 Personas entrevistadas:
 Fuentes de información:

Fecha: //

AREA	ACCION	ACCIONES INTERMEDIAS	PLAZOS	RESPONSABLE		DIMENSION/INDICADOR	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	DIFICULTADES ENCONTRADAS	CONDICIONANTES PARA SU CONCRECION	MODIFICABLES		TAREAS PENDIENTES	
				N	P					SI	NO		
MORTALIDAD INFANTIL NEONATAL Y POSTNEONATAL	1												
	2												
	3												
	4												
	5												
MORTALIDAD MATERNA	1												
	2												
	3												
	4												
	5												

AREA	ACCION	ACCIONES INTERMEDIAS	PLAZOS	RESPONSABLE		DIMENSION/ INDICADOR	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	DIFICULTADES ENCONTRADAS	CONDICIONANTES PARA SU CONCRECION	MODIFICABLES		TAREAS PENDIENTES	
				N	P					SI	NO		
SALUD SEXUAL Y PROCREACION RESPONSABLE	1												
	2												
	3												
	4												
	5												
ADOLESCENTES	1												
	2												
	3												
	4												
	5												
MORTALIDAD POR CANCER DE CUELLO DE UTERO	1												
	2												
	3												
	4												
	5												

En el Anexo VI se muestra un modelo de cuaderno de campo.

4.11 Sustentabilidad e institucionalización

La discontinuidad en las políticas públicas que caracteriza a la República Argentina, con significativos cambios en la gestión, hace que la sustentabilidad del Plan Operativo sea uno de los mayores desafíos. En ese sentido, desde la misma concepción del Plan se

plantea:

- El Plan parte desde la planificación estratégica, en conjunto con las jurisdicciones. No es un Programa Vertical ('enlatado') que se implementa en las provincias por un diseño desde la Nación.
- Se concibe como una aproximación horizontal, con provisión de intervenciones de salud a través de la infraestructura regular de servicios de salud. Se enfatiza la importancia de servicios integrados (preventivos y curativos).
- Las mejoras en la salud se plantean a corto, mediano y largo plazo, con una perspectiva de desarrollo que involucra actores de otros sectores, como ambiente, educación, etc.
- Se comienza por las jurisdicciones más críticas, pero que manifiestan la mayor voluntad política.
- Se muestran resultados de esta modalidad de trabajo, como la experiencia de reducción de la mortalidad infantil en la Provincia de Tucumán.
- Se hace eje en la participación de la comunidad.
- Se convoca a la participación de las agencias y sociedades científicas como ASUMEN, OPS, UNICEF, UNFPA, SAP, etc.
- Se plantea una agenda abierta, con presencia en los medios masivos de comunicación.

5. Referencias

1. Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas vitales - información básica año 2007. Diciembre de 2008.
2. OPS/OMS. Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos. 2009.
3. Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud de la Nación, Consejo Federal de Salud. Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007. Mayo de 2004.
4. Naciones Unidas. Plan de Acción de la Conferencia de Población y Desarrollo. 1994. en www.unfpa.org. Naciones Unidas. The Millenium Development Goals. Septiembre 2000.
5. Ministerio de Salud de la Nación, Consejo Federal de Salud. Plan Estratégico para la Reducción de la Mortalidad Materna y la Mortalidad Infantil 2009 – 2011. Diciembre de 2008.

6. Ramos S., Romero M., Karolinski A., Mercer R., Insua I. del Río Fortuna C. CEDES, con el apoyo de CONAPRIS/Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y del Fondo de Población de Naciones Unidas. 2004.
7. Pedro de Sarasqueta. La mortalidad neonatal en Argentina. Problemas para lograr su reducción. Propuestas de salud materno infantil preventivas y curativas para disminuir las tasas de mortalidad neonatal. Tesis de Maestría.Universidad Isalud. 2004.
8. Fariña D. La capacitación en servicio como estrategia de mejora de la calidad de atención de la salud: Análisis de su implementación en cuatro servicios de neonatología del Norte Argentino. Tesis de Maestría.Universidad Isalud. 2006.
9. Estudio Nacional de la Mortalidad de Niños Menores de 5 años en Argentina (EMMA). Ministerio de Salud de la Nación. 2007.
10. Lomuto C., Nigri C. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Programa de Salud Perinatal. Maternidades públicas argentinas. ¿Cumplen las condiciones esenciales de funcionamiento? 2005.
11. Ravindran, S. y Berer, M.: 'Preventing Maternal Mortality: evidence, resources, leadership, action', en M. Berer y TK Sundari Ravindran (comps.), Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues, Reproductive Health Matters, 1999.
12. Norma de organización y funcionamiento de los servicios de neonatología y cuidados intensivos neonatales resolución ministerial: 306. EXPEDIENTE: 2002-3327/02-9. www.msal.gov.ar
13. Arrossi S., Paolino M. Proyecto para el Mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-uterino en Argentina: Diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales. OPS, Informe Técnico Nro. 64, Buenos Aires, 2008.
14. Phibbs CS, Baker LC, Caughey AB, Danielsen B, Schmitt SK, Phibbs RH. Level and Volume of Neonatal Intensive Care and Mortality in Very-Low-Birth-Weight Infants. N Engl J Med 2007;356:2165-75.
15. Zerillo M, Villareal M, de Sarasqueta P. Evaluación de factores de daño potencialmente evitables en recién nacidos derivados a una unidad de cuidados intensivos. Medicina Infantil 2000;7:285-290.
16. Organización Mundial de la Salud, 2005. Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán!

17. Eggleston E. Determinants of Unintended Pregnancy Among Women in Ecuador International Family Planning Perspectives: Volume 25, Issue 1, March 1999
18. Pantelides E.; Mario S.; Fernández S.; Manzelli H.; Gianni C. y Gaudio. Estimación de la magnitud del aborto inducido. Informe preliminar presentado a la Comisión Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, 2006.
19. A. Schwarcz. Regionalización de la atención perinatal. Noviembre 2009 (inédito).
20. Schwarcz A, Karolinski A et al 2009: Calidad del control del embarazo en PBA y CABA. Informe presentado a autoridades del Ministerio de Salud de PBA y Gabinete de Salud de CABA.
21. Guía para transformar maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia. A. Miguel Larguía; Celia C. Lomuto; María Aurelia González; dirigido por A. Miguel Larguía. 1a edición - Buenos Aires: Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia, 2006.
22. UNFPA. Situación de la Población en Argentina. Buenos Aires, 2009.
23. Fariña D, Rodríguez S. Estudio Colaborativo Multicéntrico de Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación. Mortalidad Neonatal: Análisis Causa Raíz. Estudio prospectivo de los factores vinculados a la muerte de recién nacidos internados en maternidades seleccionadas del sector público de la República Argentina. 2009.

6. ANEXOS

Anexo I.

Actividades por objetivos

Objetivos generales:

- Reducción de la Mortalidad Materna

o Mejor calidad de atención en la salud de las madres durante el embarazo, parto y puerperio

Objetivos específicos	Actividades	Acciones transversales a todos los objetivos específicos
Reducir la mortalidad postaborto	1. Fortalecer la estrategia del Modelo de Atención postaborto 2. Implementación de la HC postaborto 3. Talleres de sensibilización	Regionalizar la Atención Perinatal - Definición por Regiones de Maternidades de referencia que realizan partos s/ población, geografía y cumplimiento de CONEs - Categorización de Maternidades - Creación de una Red de Atención Perinatal para adecuar la referencia y contrarreferencia (Oficinas de Comunicación a Distancia)
Reducir la mortalidad materna por otras causas Mejorar la Calidad de Atención Obstétrica	Capacitación sobre Procedimientos en Obstetricia Basados en Evidencias Capacitación en servicio y rotaciones de Médicos, Obstétricas, Residentes y Enfermeras Actualización de Guías de Práctica Clínica	Cubrir la brecha del RRHH para la atención perinatal - Aprobación de la ley de ejercicio profesional de Obstétricas/os - Lograr Gestión y Organización eficiente de los Servicios de Obstetricia - Obtener un compromiso por parte de las Provincias de la incorporación del recurso humano calificado - Gestionar ante las Universidades Nacionales la apertura de la carrera y la curricula unificada - Capacitación en Servicio - Curso de Gestión de Servicios y Calidad de atención para la reducción de la Mortalidad Materna Fortalecer la Vigilancia Activa y el Análisis de la Mortalidad Materna - Funcionamiento de los Comités de Análisis de Muertes Maternas - Notificación Lograr el fortalecimiento en la implementación del Sistema Informático Perinatal (SIP) - SIP 2007 - SIP Gestión - SIP WEB Fortalecimiento de la Demanda - Comunicación Social - Trabajo con Grupos de Padres - Sala de espera Promover la Participación Comunitaria - Concursos y Premios a ONGs para cuidado de embarazo

- Reducción de la Mortalidad Neonatal o Mejor calidad de atención del Recién Nacido

Objetivos específicos	Actividades	Acciones transversales a todos los objetivos específicos
Reducción de la mortalidad por cardiopatías congénitas	<ol style="list-style-type: none"> Mejorar el diagnóstico prenatal: <ol style="list-style-type: none"> Capacitación para el diagnóstico pre y postnatal- Generación de protocolos de diagnóstico ecográfico- Cursos de manejo del recién nacido con sospecha de cardiopatías Mejorar el manejo prequirúrgico <ol style="list-style-type: none"> Capacitación en el manejo del niño crítico- Capacitación en el uso de medicación específica- Diagnóstico de situación de equipamiento para el traslado y manejo pretraslado Capacitación en traslado- Provisión de prostaglandinas Derivación dentro de los 7 días de la solicitud: Fortalecimiento del centro coordinador y Articulación entre sistemas prestadores Ajustar los aspectos contractuales con las provincias: <p>Firma del acta acuerdo con las Provincias detallando obligaciones y competencias de cada uno de acuerdo con el protocolo para el traslado de pacientes según complejidad de enfermedad de base</p> Registro de todos los niños con cardiopatías congénitas: <p>Implementación de la base de datos</p> 	<p>Regionalizar la Atención Neonatal</p> <ul style="list-style-type: none"> - UCIN grandes con más de 15 pacientes/día - Mejora de la calidad de atención - Racionalización y mejora de las condiciones laborales para RR.HH - Organización de redes regionales - Categorización de centros - Capacitación en servicio y traslado - Asistencia técnica para la gestión de traslado - Talleres regionales <p>Mejoramiento de la calidad de los datos perinatológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacitación en SIP neonatal y gestión - Migración a SIP 2000 - Provisión de hard y conectividad dónde fuera necesario - Evaluación de la conectividad - Mejora de la calidad de atención, mayor demanda de la población y promoción de la salud a través de <p>Consultorios de Alta Conjunta</p> <ol style="list-style-type: none"> Implementación del consultorio de Alta Conjunta en maternidades con más de 1000 partos/año Promoción de lactancia materna <p>Distribución de materiales específicos: videos, afiches, etc.</p>
<p>Prevención de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda Baja (IRAB)</p> <p>Seguimiento del recién nacido de riesgo</p>	<ol style="list-style-type: none"> Categorización de los programas de seguimiento existentes Adecuación de todos los programas de seguimiento a las recomendaciones vigentes Disminución de la mortalidad por IRAB por Virus Sincicial Respiratorio <ol style="list-style-type: none"> Capacitación del recurso humano. Información a la comunidad. Distribución del monoclonal específico (Palivizumab) 	
Reducción de la mortalidad neonatal por asfixia	<ol style="list-style-type: none"> Dictado de cursos básicos a través del convenio con la SAP. Formación de 8000 personas en RCP entre los que asisten a neonatos Formación de 187 nuevos instructores en el año Ley que reglamente la obligatoriedad de la certificación periódica en RCP 	
Reducción de la mor-	1. Aumentar el número de enferme-	

alidad neonatal por sepsis	ras por RN de alto riesgo 2. Mejorar la calidad de atención neonatal 3. Promover la lactancia materna
Marco de referencia para el manejo de los niños en el límite de la viabilidad	-Convocatoria a SAP y SOGIBA para que trabajen en un marco de referencia con el objetivo de que todo niño sea inscripto de acuerdo a lo que marca la ley, manejado con respeto y de acuerdo con la voluntad de sus padres.

- Reducción de la Mortalidad Postneonatal y Mortalidad de menores de 5 años o Promover la salud integral de los niños

Objetivos específicos	Actividades	Acciones transversales a todos los objetivos específicos
Reducción de la mortalidad por causa Respiratoria	<ol style="list-style-type: none"> 1. Curso de Capacitación Anual 2. Capacitación en servicio 3. Campaña de invierno 4. Sostentamiento del paciente crítico (área Metropolitana) 5. Fortalecimiento de la gestión hospitalaria 6. Organización del seguimiento del paciente de riesgo 7. Provisión de insumos y equipamiento crítico 8. Edición y difusión de materiales de comunicación y capacitación 	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecimiento de la gestión hospitalaria y mejora en la calidad de atención en los servicios de internación pediátrica - Relevamiento de los servicios en las provincias críticas y elaboración del plan de acción - Difusión de Materiales de Comunicación social a nivel nacional - Edición de materiales de capacitación
Disminución de la mortalidad por Síndrome de Muerte Súbita del Lactante	<ol style="list-style-type: none"> 1. Encuesta en las Maternidades 2010 2. Campaña de comunicación social 3. Mejorar los diagnósticos y registros 4. Promover las autopsias verbales 5. Fortalecimiento de los Comités de Análisis de la Mortalidad Infantil 	<ul style="list-style-type: none"> - Encuesta en las Maternidades 2010, en la internación conjunta. - Mejorar los diagnósticos y registros - Jornada Regional NEA y NOA
Disminuir la mortalidad por Diarrea	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jornada Regional con las provincias críticas 2. Provisión de insumos: compra de Sales de Rehidratación Oral y solución polielectrolítica 3. Material de comunicación social: Difusión de afiches y folletos para población y equipos de salud 4. Asistencia técnica a Chaco- Formosa-Misiones y Salta 	<ul style="list-style-type: none"> - Conformar una red de las instituciones y ONG que trabajan en el tema - Consenso de Registros: Historia Clínica Pediátrica Nacional
Disminuir la mortalidad por desnutrición	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promover la lactancia materna 2. Promoción de alimentación complementaria oportuna 3. Promover prevención y tratamiento de anemias nutricionales 	

- Disminuir la mortalidad y la morbilidad por gestación en la adolescencia

Objetivos específicos	Actividades	Acciones transversales a todos los objetivos específicos
Disminuir el Embarazo no planificado durante la adolescencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Que los y las adolescentes hayan tenido contacto con la información pertinente de la ley 26.061, Ley 26.529, priorizando las provincias incluidas en el Plan Operativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer a los centros provinciales efectores en Salud Sexual y Reproductiva (SS y PR) de cada provincia prioritaria para la atención de jóvenes y adolescentes
Disminuir la razón de embarazo en la adolescencia	<ol style="list-style-type: none"> 2. Apertura de al menos 1 espacio diferenciados nuevo para la atención de adolescentes en las provincias incluidas en el plan operativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciar registro de la utilización de servicios de salud por parte de adolescentes y jóvenes en las provincias incluidas en el Plan Operativo
Disminuir la tasa de fecundidad adolescente	<ol style="list-style-type: none"> 3. 40 profesionales de equipos de salud que hayan rotado por distintos servicios diferenciados a lo largo de todo el país 4. Establecer equipo interprogramas: Adolescencia, PSSyPR y atención post aborto de DINAMI 5. Instalar la modalidad de atención confidencial para adolescentes 6. Instalar la búsqueda activa de adolescentes en riesgo de embarazo no planificado 	<ul style="list-style-type: none"> - Incorporar en todos los acuerdos realizados en el marco del plan operativo en reducción de la mortalidad los objetivos del POA adolescencia - Instalar referentes de Programa Adolescencia en las Provincias del NOA y NEA que aún no lo tengan y Regiones Sanitarias de Pcia. Bs. As.
Mejorar el cuidado de los embarazos en la adolescencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acceso precoz de adolescentes y jóvenes al diagnóstico de embarazo durante la consulta clínica 2. Jóvenes con acceso a una consejería temprana específica en embarazo 3. Provisión de tiras reactivas en los centros de atención de adolescentes 4. Instalar el test rápido de embarazo en la consulta confidencial. 5. Establecer localmente los procesos de atención específicos para adolescentes embarazadas 	<ul style="list-style-type: none"> - Diseñar Formulario/Tarjeta para certificado de salud unificado que incluya información específica en derechos y pueda ser aplicado al inicio del año escolar - Establecer la consulta confidencial en el sistema de salud cuando se produce el acceso de adolescentes y jóvenes - Desarrollar asistencia legal e instalación de dispositivos de atención en aspectos vinculados a los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes en las

Disminuir la morbilidad y mortalidad por aborto inseguro en adolescentes y jóvenes	1. Instalar Consejería pre aborto durante la consejería en SS y PR 2. Apoyar la instalación de las estrategias de cuidado del programa Pos aborto en los espacios diferenciados de atención de adolescentes y jóvenes	provincias Aumentar la demanda de los Adolescentes y Jóvenes al Sistema de salud - Comunicación Social - Implementación de Servicios a nivel local - Participación Comunitaria: convocatoria a ONGs para proyectos con eje en el cuidado del adolescente y la adolescente embarazada Mejoramiento de la calidad de los datos de la adolescencia - Generar un diagnóstico de situación de salud respecto a la adolescencia: Diseño del Primer Informe Nacional sobre la salud de Adolescentes y Jóvenes en relación con el embarazo, alcohol y muertes
Disminuir la ocurrencia de abortos inseguros		
Disminuir las complicaciones de los abortos inseguros		

- Garantizar el acceso universal a servicios de Planificación Familiar
- o Promover la salud sexual y reproductiva de la población en general

Objetivos específicos	Actividades	Acciones transversales a todos los objetivos específicos
Garantizar el acceso universal a servicios de Planificación Familiar	1. Diseño de estrategias para mejorar el acceso a la anticoncepción quirúrgica. 2. Planificación, fortalecimiento y seguimiento del Sistema de distribución y entrega de insumos anticonceptivos con obtención y procesamiento de la información	- Desarrollo de acciones de sensibilización y capacitación dirigidas a efectores, organizaciones de la sociedad civil y universidades que tengan como objetivo principal el empoderamiento y la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud - Desarrollo de acciones sistemáticas de capacitación y Asistencia Técnica que contribuyan al mejoramiento de la calidad de intervenciones de los RRHH destinados al programa - Asistencia técnica y capacitación para la implementación del Dispositivo integral de Consejería en SSyPR a nivel provincial - Identificación y sistematización de Buenas prácticas en la construcción de dispositivos integrales de Consejería - Realizar acciones conjuntas con otros organismos gubernamentales a fin de garantizar el respeto y salvaguarda de los derechos sexuales y reproductivos amparados por la legislación nacional e internacional y el acceso a los servicios de SSRyPR
Promover la salud sexual y reproductiva de la población en general	1. Implementación de actividades de sensibilización y difusión dirigidas a asegurar el acceso equitativo a la SSyPR de poblaciones en situación de vulnerabilidad (Migrantes, pueblos originarios, mujeres en situación de privación de libertad) 2. Implementación del Alta Conjunta 3. Asistencia y capacitación para la transferencia del dispositivo de atención para casos de violencia sexual a nivel provincial y local en articulación con la Dirección Nacional de SIDA	- Elaboración e implementación de estrategias comunicacionales para promover el conocimiento y la movilización social acerca de los derechos sexuales y reproductivos y el acceso a a servicios de SSR - Estrategias de sensibilización sobre la salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes
Disminuir la mortalidad materna por aborto	1. Articulación con el sistema local de salud para el control de riesgos y daños frente a embarazos no planificados 2. Asistencia Técnica y legal a las provincias para la construcción de un listado de objetores de conciencia o para generar algún tipo de mecanismo que asegure el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos contemplados por la ley de salud sexual y la realización de abortos no punibles según las normativas vigentes	
Disminuir los egresos hospitalarios por aborto	Capacitación a Equipos de salud y fortalecimiento de la calidad de la atención en articulación con el Programa de Atención Integral Post Aborto	

- Disminución de la mortalidad nacional por cáncer cérvico-uterino

1. Lograr una cobertura del 60% de al menos una citología para cada mujer entre 35 y 64 años en las provincias prioritarias
2. Asegurar que los laboratorios de hospitales públicos incorporen estándares de calidad y mecanismos de control de calidad internos y externos
3. Lograr que el 100% de las mujeres con lesiones de alto grado y cáncer hayan recibido tratamiento efectivo dentro de los 6 meses posteriores al diagnóstico

Objetivos específicos	Actividades	Acciones transversales a todos los objetivos específicos
Implementación de estrategias para la captación de mujeres y establecimiento de sistemas de búsqueda activa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Talleres de sensibilización con agentes sanitarios en provincias prioritarias para la búsqueda activa (talleres de formación de facilitadores). 2. Lanzamiento de la estrategia "Un momento para hablar del Pap" en hospitales de referencia de las Provincias Prioritarias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Asistencia técnica permanente a las coordinaciones provinciales - Producción y distribución de materiales educativos y comunicacionales - Centro de recursos para la prevención del cáncer de cuello de útero (web temática, observatorio y sala de expertos). Página web. - Articulación y coordinación con organismos internacionales, ONGs, Min. de Desarrollo Social, organizaciones comunitarias y de mujeres desde la perspectiva de derechos (en articulación con PNSSyR) - Subsidios a ONGs para el fortalecimiento de iniciativas locales para la prevención del cáncer cérvico-uterino (en articulación con PSSyPR)
Fortalecimiento de los laboratorios de Citología	<ol style="list-style-type: none"> 1. Curso para la formación de citotécnicos 2. Desarrollo de la tecnicatura para la formación de citotécnicos (Comisión Interministerial Salud / Educación) 3. Programa de intercambio para la gestión de los laboratorios de citología 4. Provisión de equipamiento a los laboratorios de citología de referencia 	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecimiento de los circuitos de derivación, seguimiento y tratamiento de mujeres con lesiones precancerosas - Reorganización de los circuitos existentes en las provincias y regiones en base a resultados de investigación operativa y evaluación de pruebas piloto - Monitoreo y evaluación - Expansión del sistema de información para el tamizaje (SITAM 1.0) en laboratorios, unidades de toma y servicios de patología cervical
Desarrollo de sistemas de regulación de los laboratorios de citología y anatomía patológica	<ol style="list-style-type: none"> 5. Incorporación de laboratorios de citología en el marco regulatorio existente en el Prog. Nac. de Garantía de Calidad de la Atención Médica 6. Implementación de un sistema de control de calidad de la citología interno y externo, en articulación con la SAC 7. Propuesta de reorganización de la red de laboratorios de citología: centralización y regionalización (SAC/SAP) 	<ul style="list-style-type: none"> - *Asistencia técnica a las provincias - *Provisión de equipamiento informático - Análisis de información y elaboración de reportes sobre evolución de indicadores de monitoreo; visitas de monitoreo a las provincias
Fortalecimiento de los servicios de toma de Pap	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proyecto de capacitación en toma de Pap (en articulación con el PNS-SYR). 2. Provisión de equipamiento informático a los servicios de toma de Pap (en articulación con el PNSSYR). 3. Promoción y apertura de consultorios de Pap a demanda espontánea 	<ul style="list-style-type: none"> - Asistencia en la planificación y evaluación de las Pruebas Piloto - Encuentro interprovincial para evaluación de proceso con referentes de programas y servicios de referencia de las provincias prioritarias - Producción científica de apoyo a la gestión y planificación programática - Desarrollo de guías de prevención y tratamiento consensuadas con sociedades científicas, universidades, organismos internacionales - Contratación de consultorías específicas. - Actividades en articulación con Salud Investiga - Convenios con centros de investigación, universidades, etc.
Fortalecimiento de los servicios de Patología cervical	<ol style="list-style-type: none"> 1. Taller de actualización en técnicas de seguimiento y tratamiento. 2. Programa de intercambio para la gestión de los servicios de Patología Cervical. 3. Provisión de equipamiento a los servicios de Patología Cervical de referencia 	<ul style="list-style-type: none"> - InterCambios con programas de prevención que se encuentren implementando nuevas estrategias
Tratamiento de mujeres con cáncer invasor	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecimiento de centros de tratamiento y establecimiento de circuitos de derivación en provincias con deficiencias en base de resultados de investigación operativa y evaluación de prueba piloto 	
Formación de recursos humanos involucrados en la prevención del cáncer cérvico-uterino	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitación en epidemiología 2. Capacitación en el uso del SITAM 3. Producción de materiales de capacitación 4. Desarrollo de estrategias para fortalecer las estructuras de capacitación provinciales 	

Componentes de la Unidad Ejecutora Nacional



Funciones de la Unidad Ejecutora Nacional

ÁREA DE GESTIÓN Y MONITOREO



Trabajo en taller

1) Identificación de causales.

Objetivo Gral.	Problema General	Problemas Específicos	Causales		
Reducir la Morbi- Mortalidad de la Mujer, El Niño y el Adolescente	Mortalidad Infantil- de X x 1000 nacidos vivos	NEONATAL 15,3 /1000 NV. (muerte en la primera semana de vida)	RRHH:	Insumos:	Otros
			Infraestructura:	Gestión:	Procesos de atención
		POSTNEONATAL 7,6 /1000 NV. (muertes en < de 1 año, principalmente a causa de IR y Nutricional)	RRHH:	RRHH:	Otros
			Infraestructura:	Gestión:	Procesos de atención
	Mortalidad Materna- de X x 10.000 NV	COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	RRHH:	RRHH:	Otros
			Infraestructura:	Gestión:	Procesos de atención

Objetivo Gral.	Problema General	Problemas Específicos	Causales		
Reducir la Morbi- Mortalidad de la Mujer, el Niño y el Adolescente	Salud de la Mujer.	Egresos Hospitalarios por aborto X (2007). Mortalidad Materna por Aborto X/Y (no Oficial)	RRHH:	Insumos:	Otros
			Infraestructura:	Gestión:	Procesos de atención
		Mortalidad Por cáncer de Cuello de Útero X / 100000.	RRHH:	RRHH:	Otros
			Infraestructura:	Gestión:	Procesos de atención
	Salud de la Adolescente. Egresos Hospitalarios Por Aborto.	Fecundidad de 10 a 14 años: X x 1000. De 15 a 19 Años: X x 1000.	RRHH:	Insumos:	Otros
			Infraestructura:	Gestión:	Procesos de atención
		Muertes y Egresos Hospitalarios Por aborto de 10 a 19 años: X x 1000	RRHH:	RRHH:	Otros
			Infraestructura:	Gestión:	Procesos de atención

2) Elaboración de líneas de acción

MORTALIDAD INFANTIL

Objetivo Gral.	Problema Gral.	Problema Específico	Causales	Acciones
Reducir la Morbi- Mortalidad de la Mujer, El Niño y el Adolescente	Mortalidad Infantil- de X x 1000 nacidos vivos	NEONATAL X x 1000 NV	1) 2) 3) 4) 5)	
		POSTNEONATAL X x 1000 NV		

MORTALIDAD MATERNA

Objetivo Gral.	Problema Gral.	Problema Especifico.	Causales	Acciones
Reducir la Morbi- Mortalidad de la Mujer. El Niño y el Adolescente	Mortalidad Materna- de X por 10.000 Nacidos Vivos	POR ABORTO: X muertes maternas	1) 2) 3) 4) 5)	
		COMPLICACIONES EN EL PARTO. HTA: n Hemorragia: n Sepsis: n Otras: n		

SALUD DE LA MUJER

Objetivo Gral.	Problema Gral.	Problema Especifico	Causales	Acciones
Reducir la Morbi- Mortalidad de la Mujer. El Niño y el Adolescente	Salud de la Mujer. Meta (2011): Acceso a Métodos Anticonceptivos. CCU. Alcanzar un 80 % de mujeres tamizadas PAP.	Egresos Hospitalarios por aborto X (2007). Mortalidad Materna por Aborto X	1) 2) 3) 4) 5)	
		Mortalidad Por cáncer de Cuello de Utero X x 100.000 mujeres Mujeres tamizadas PAP X % (meta 80%)		

SALUD DE LA ADOLESCENTE

Objetivo Gral.	Problema Gral.	Problema Especifico.	Causales	Acciones
		Fecundidad de 10 a 14 años: X x 1000 De 15 a 19 Años: X x 1000	1) 2) 3) 4) 5)	

Reducir la Morbi-Mortalidad de la Mujer, El Niño y el Adolescente	Salud de la Adolescente.	Egresos Hospitalarios Por aborto de 10 a 19 años: X x 1000.		
---	--------------------------	--	--	--

ANEXO V

Matriz de Análisis de la situación de una maternidad

Esfera de análisis	Problema observado	
ESFERA RRHH	Neonatólogos	<ul style="list-style-type: none"> • Horas médicas: • Cantidad de médicos de guardia:
	Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Número de enfermeras: déficit de x enfermeros • Formación y capacitación de las profesionales: • Gestión de enfermería: • Tareas no inherentes a la profesión :
	Personal de limpieza	Calidad y cantidad:
ESFERA Planta física	<ul style="list-style-type: none"> • Distribución del espacio • Área médica • Estar de enfermería • Distribución de sectores de apoyo • Sala de partos 	
ESFERA Equipamiento e Insumos	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de Equipamiento • Insumos • Alimentación parenteral 	
ESFERA Organización de servicio	<ul style="list-style-type: none"> • Distribución de RN según cuidados progresivos • Técnico de rayos las 24 hs. • Pases de sala diarios • Organización de enfermería • Reposición horaria • Administración del oxígeno • Control de la infección intrahospitalaria • Sistema de traslado 	

ANEXO VI

INDICADORES DE GESTION				
	Indicador	Situación Fecha 2010	Estrategia Implementada	Situación Fecha 2011
RRHH	Cumplimiento de incorporación acordada de enfermería			
	Encargado de turno de enfermería			
	Cobertura adecuada de horas médicas			
	Personal auxiliar			
Equipamiento e Insumos	Incorporación de equipamiento e insumos. Alimentación parenteral			
Organización de Servicio	Implementación de la ubicación de pacientes según cuidados progresivos			
	Designación de enfermera en control de infecciones			
	Cumplimiento de pase de sala			
	Registros e instauración de Ateneo de mortalidad			

ANEXO VII. Modelo de cuaderno de campo.

Provincia:

Fecha: / /

Participantes de la provincia:

Participantes del MSAL:

Aspectos Generales:

Lugar del encuentro:

Características del encuentro (clima de trabajo, predisposición para dar información, duración de la reunión, interrupciones, dinámica de trabajo, etc.):

Contexto del encuentro (coyuntura sanitaria, existencia de conflictos, algún problema de salud descollante, conflictividad política, etc.):

Aspectos referidos al Anexo:

Avances/Cambios ocurridos desde la última reunión:

Dificultades/limites encontrados:

Amenazas para la concreción de las acciones:

Lugares visitados:

Informe de la visita (describir detalles de la visita y los distintos aspectos de los temas tratados):

ANEXO VIII

Modelo de Acta Acuerdo

En la ciudad dea, el día 1 del mes de Septiembre de 2009 , el Gobierno de la provincia representado en este acto por el Sr....., en su carácter de Gobernador Provincial y el Ministerio de Salud de la Nación, representado en este acto por el Sr....., en su carácter de Secretario de Promoción y Programas Sanitarios, adhieren a la firma del Acta Acuerdo en referencia al 'Plan de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materno-infantil, de la Mujer y el Adolescente.

Art.1.- La Provincia y el Ministerio de Salud de la Nación acuerdan trabajar en el marco del 'Plan de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materno-infantil, de la Mujer y el Adolescente'. Este Plan de Acción tiene como objetivo principal producir una reducción de la tasa provincial de mortalidad infantil a 13,7 por mil nacidos vivos y una reducción de la mortalidad materna a 5,3 por diez mil nacidos vivos, para fines del año 2011.

Art.2.-Se consideran elementos constitutivos de la presente Acta Acuerdo, el Plan Acción elaborado por los equipos de los Ministerios de Salud de la Provincia de..... y del Ministerio de Salud de la Nación, que se adjunta en el Anexo I.

Art.3.-El Gobierno de la Provincia de..... se compromete a poner en ejecución todas las acciones comprometidas y que se citan en el Anexo I, así como todas las que resulten razonables para el alcance de las metas ya definidas.

Art.4.-El Ministerio de Salud de la Nación se compromete a poner en ejecución las acciones de asistencia técnica, capacitación, apoyo y acompañamiento a la gestión provincial orientada al cumplimiento de las metas planteadas. También se compromete a garantizar la continuidad de los programas nacionales, y de los convenios vigentes con la Provincia.

Art.5.-El Ministerio de Salud de la Nación y el Gobierno de la Provincia de se comprometen a monitorear y evaluar los avances del Plan de Acción, así como incorporar nuevas líneas de acción orientadas al cumplimiento de las metas ya citadas.

Art.6.-El Ministerio de Salud de la Nación y el Gobierno de la Provincia de se comprometen a comunicar a la ciudadanía de la Provincia, mediante medios públicos de comunicación, los contenidos del presente Acta Acuerdo, así como los avances que se producen en la prosecución de las metas.

Art.9.- El presente Acuerdo estará en vigencia hasta el 31 de diciembre de 2011 y podrá ser renovado de común acuerdo entre las partes, previa revisión de sus objetivos y metas.

Dr.

Dr.

Secretario de Promoción y Gobernador de la Provincia
Programas Sanitarios de.....

ANEXO IX

ESTADO DE AVANCE DEL PLANO OPERATIVO A ABRIL DE 2010

Desde septiembre de 2009 se ha comenzado la implementación del Plan en diferentes provincias argentinas: Chaco, Santiago del Estero, Formosa, Misiones y Jujuy.

En todas las cuales se ha firmado un acta acuerdo entre los máximos niveles políticos nacionales y provinciales, se establecieron metas provinciales respecto a mortalidad materna e infantil y se realizó un compromiso formal y público de cumplirlas. En todas las provincias mencionadas se realizaron dos jornadas de planificación estratégica, con la participación de todos los actores involucrados. De dichas jornadas surgió un plan de trabajo, monitoreado y evaluado en su cumplimiento por la Nación, de acuerdo al diferente grado de avance de cada provincia. Todas las actividades fueron difundidas a través de medios de comunicación locales y nacionales. En algunas provincias ya se ha comenzado la capacitación en servicio.

Sólo a modo de ejemplo, se anexa el primer informe de la Provincia del Chaco.

INFORME CHACO

Estrategia de trabajo para la Reducción de la Mortalidad Materna-Infantil, de la Mujer
y del Adolescente.

Fecha: 1 y 2 de septiembre de 2009

Objetivo general: Apoyar y asistir a la provincia del Chaco en concretar la reducción de las tasas de morbilidad materno-infantil, de la mujer y adolescente.

Objetivos específicos:

Generar un espacio de trabajo con los máximos decisores político-técnicos de la provincia, a fin de avanzar en un proceso de planificación estratégica (diagnóstico participativo y propuestas de abordaje).

Potenciar la instalación en la agenda pública de la provincia de la situación de salud de la mujer, materno-infantil y adolescente y el compromiso provincial y nacional para concretar su reducción.

Consensuar metas para los próximos 2 años y suscribir un compromiso político nación-provincia para su cumplimiento mediante la firma de un Acta Acuerdo con el Gobernador de la Provincia del Chaco.

Participantes por Nación:

- Secretario de Promoción y Programas Sanitarios – Dr. Máximo Diosque.
- Subsecretario de Salud Comunitaria – Dr. Guillermo González Prieto.
- Directora Nacional de Maternidad e Infancia – Dra. Ana Speranza.
- Equipo Subsecretaría Salud Comunitaria.
- Equipo Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable.
- Equipo Programa Nacional de Salud Integral del Adolescente.
- Equipo Programa de Prevención del Cáncer Cérvico Uterino.
- Equipo Plan Nacer.
- Equipo PROSANE.

El Ministerio de Salud Nacional, en conjunto con el Ministerio de Salud de la Provincia del Chaco, llevaron adelante una jornada de trabajo donde se acordaron y priorizaron acciones que impacten en la reducción de la morbilidad materno-infantil, de la mujer y el adolescente.

A partir de lo trabajado, se firmó un Acta Acuerdo entre el Gobernador de la Provincia y el Secretario de Promoción y Programas Sanitarios del Ministerio de Salud de la Nación, que permita alcanzar las metas fijadas:

- Reducción de la tasa provincial de mortalidad infantil de 21,2 en 2007 a 13,7 por mil nacidos vivos a fines de 2011.
- Reducción de la mortalidad materna de 6,3 a 5,3 por diez mil nacidos vivos a fines del año 2011.

Entre las acciones concertadas se destacan la conformación de la Unidad Ejecutora Provincial, la asistencia técnica y capacitación de Nación a los equipos provinciales y la difusión de los avances en la agenda pública provincial.

Participaron funcionarios del nivel central, jefes de zonas sanitarias y responsables de efectores del primer nivel y direcciones y jefes de áreas y servicios de los hospitales de referencia de las zonas sanitarias.

A futuro, se planificó un nuevo encuentro con los directores y jefes de los hospitales de referencia que ratifique el acuerdo y permita avanzar en forma específica las líneas de acción.

Se adjuntan el Acta Acuerdo y el Anexo I con las líneas de trabajo específicas consensuadas con la provincia, firmadas por la máxima autoridad provincial y el Secretario de Promoción y Programas Sanitarios del Ministerio de Salud de la Nación.

Acta Acuerdo

En la ciudad de Resistencia, el día 1 del mes de Septiembre de 2009, el Gobierno de la provincia del Chaco representado en este acto por el Dr. Jorge Milton Capitanich, en su carácter de Gobernador Provincial y el Ministerio de Salud de la Nación, representado en este acto por el Dr. Máximo Diosque, en su carácter de Secretario de Promoción y Programas Sanitarios, adhieren a la firma del Acta Acuerdo en referencia al 'Plan de Acción para la reducción de la mortalidad materno-infantil, de la mujer y adolescente'.

Art.1.- La Provincia y el Ministerio de Salud de la Nación acuerdan trabajar en el marco del 'Plan de Acción para la reducción de la mortalidad materno-infantil, de la mujer y adolescente'. Este Plan de Acción tiene como objetivo principal producir una reducción de la tasa provincial de mortalidad infantil a 13,7 por mil nacidos vivos y una reducción de la mortalidad materna a 5,3 por diez mil nacidos vivos, para fines del año 2011.

Art.2.- Se consideran elementos constitutivos de la presente Acta Acuerdo, el Plan Acción elaborado por los equipos de los Ministerios de Salud de la Provincia del Chaco y del Ministerio de Salud de la Nación, que se adjunta en el Anexo I.

Art.3.- El Gobierno de la Provincia del Chaco se compromete a poner en ejecución todas las acciones comprometidas y que se citan en el Anexo I, así como todas las que resulten razonables para el alcance de las metas ya definidas.

Art.4.- El Ministerio de Salud de la Nación se compromete a poner en ejecución las acciones de asistencia técnica, capacitación, apoyo y acompañamiento a la gestión provincial orientada al cumplimiento de las metas planteadas. También se compromete a garantizar la continuidad de los programas nacionales, y de los convenios vigentes con la Provincia.

Art.5.- El Ministerio de Salud de la Nación y el Gobierno de la Provincia del Chaco se comprometen a monitorear y evaluar los avances del Plan de Acción, así como incorporar nuevas líneas de acción orientadas al cumplimiento de las metas ya citadas.

Art.6.- El Ministerio de Salud de la Nación y el Gobierno de la Provincia del Chaco se comprometen a comunicar a la ciudadanía de la Provincia, mediante medios públicos de comunicación, los contenidos del presente Acta Acuerdo, así como los avances que se producen en la prosecución de la metas.

Art.9.- El presente Acuerdo estará en vigencia hasta el 31 de diciembre de 2011 y podrá ser renovado de común acuerdo entre las partes, previa revisión de sus objetivos y metas.

Dr. Máximo Diosque Secretario de Promoción y Programas Sanitarios	Dr. Jorge Capitanich Gobernador de la Provincia del Chaco
---	---

Líneas de acción

- Conformar la Unidad Ejecutora Provincial: Planificación y ejecución de políticas publicas para la reducción de la Mortalidad de la mujer, el niño y el adolescente (Convenio CO.FE.SA- Diciembre 2008).

1) MORTALIDAD INFANTIL: Neonatal y Postneonatal.

- Regionalizar la atención perinatal: organización de la Red Perinatal (según Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales), con la concentración de los nacimientos en maternidades seguras (de 8 a 10, actualmente son 48, lo que equivale a una maternidad cada 25.000 habitantes).
- Jerarquizar el Recurso Humano (carrera sanitaria).
- Incorporar en una primera etapa 60 enfermeros para los servicios de neonatología del Hospital Perrando y 4 de Junio de Sáenz Peña.
- Implementar la estrategia de capacitación en servicio con los equipos de salud del primer nivel de atención y en los servicios de neonatología de las principales maternidades.
- Organizar el sistema de traslado: recursos humanos, movilidad y comunicación.
- Institucionalizar la referencia y contrarreferencia, generando estrategias para la búsqueda activa, atención y seguimiento de la embarazada.
- Organizar y/o fortalecer el Comité de Infecciones en las maternidades y hospital pediátrico.

2) MORTALIDAD MATERNA

- Regionalizar la atención perinatal: organización de la Red Perinatal (según Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales), con la concentración de los nacimientos en maternidades seguras (entre 8 a 10).
- Incorporar en una primera etapa a 50 obstétricas para el Hospital 4 de Junio y el Primer Nivel de atención.
- Fortalecer el Comité de Análisis de Muertes Maternas en el ámbito de la Unidad de Gestión Provincial para operativizar las acciones correctivas necesarias.
- Implementar la estrategia de capacitación en servicio con los equipos de salud del primer nivel de atención y en los servicios de obstetricia de las principales maternidades, en especial en el manejo de la emergencia obstétrica.
- Asegurar la compra de insumos básicos (en especial hierro) para las embarazadas y niños.

3) SALUD DE LA MUJER: Acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva. (ODM 5b)

- Supervisar la implementación de Marcos Normativos de Nación a Provincia.
- Diseñar estrategias que aseguren la provisión continua de insumos.
- Fortalecer la consejería integral en SSyR en todos los niveles de atención.
- Fortalecer las consejerías obligatorias postevento obstétrico y postaborto.
- Fortalecer el sistema de contrarreferencia para asegurar la entrega continua de insumos anticonceptivos y el cuidado de la salud sexual y reproductiva.
- Implementar protocolos de atención postaborto y de atención a casos de violencia sexual.
- Generar campañas de comunicación y difusión de métodos anticonceptivos; en Medios Masivos de Comunicación y a través de acciones con participación comunitaria.
- Formar y sostener una Red Institucional, intersectorial e interministerial para abordar la temática de la educación sexual y procreación responsable.

4) MORTALIDAD POR CANCER DE CUELLO DE UTERO

- Asegurar el cumplimiento del convenio firmado (Junio 2009) entre partes Nacional y Provincial que incluye: fortalecimiento de los laboratorios de la red de citología, asegurar la continuidad en la provisión de insumos para laboratorios, la informatización de laboratorios.
- Incorporar el Programa de Prevención de Cáncer Cervico Uterino, a la Unidad Ejecutora Provincial.
- Implementar capacitaciones en la toma de PAP de personal médico y no médico y garantizar la habilitación profesional.
- Crear consultorio de PAP a demanda espontánea en CAP`S y Hospitales de referencia.
- Búsqueda activa de mujeres para garantizar el acceso al PAP, a través de promotores interculturales.
- Fortalecer la temática en la Red sanitaria y referencia y contrarreferencia.

5) SALUD DEL ADOLESCENTE.

- Conformación y consolidación del Programa Provincial de la Salud Adolescente.

- Incorporar el Programa de la Salud Adolescente en la Unidad Ejecutora Provincial.
- Crear servicios amigables destinados al adolescente (CAPS y Hospitales).
- Articular con ministerios, organizaciones, etc. para abordar la problemática y salud adolescente.
- Formar a equipos de salud y promotores juveniles en estrategias de abordaje y comunicación destinada al adolescente.
- Crear protocolos y redes de atención para adolescentes en riesgo. (10 a 14 años).

ACCIONES GENERALES TRANSVERSALES A TODAS LAS AREAS:

- Generar un marco legal para el trabajo de promotores y personal de la salud (especialmente el trabajo extramuros).
- Planificar la organización, supervisión y cumplimiento de las normas de los Centros de Salud.
- Capacitar a los equipos de Salud y a promotores territoriales comunitarios en lenguas de los pueblos originarios.
- Legitimar la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

[Volver](#)