

---

Plan Estratégico  
para la Reducción de la Mortalidad Materna  
y la Mortalidad Infantil 2009 – 2011

---

AUTORIDADES NACIONALES

Presidente de la Nación  
**Dra. Cristina Fernández de Kirchner**

Ministra de Salud de la Nación  
**Lic. Graciela Ocaña**

Secretario de Promoción y Programas Sanitarios  
**Dr. Juan Carlos Nadalich**

Subsecretario de Salud Comunitaria  
**Dr. Aldo Marconetto**

## Agradecimientos

La presente publicación de trabajos, prácticas, ideas y experiencias que integran el Plan Estratégico Nacional para la reducción de la Mortalidad Materna e Infantil 2009 – 2011, es una labor colectiva y conjunta de muchísimas personas y actores nacionales, provinciales y municipales. En primer lugar, me complace agradecer a todas las personas del Ministerio de Salud de la Nación; en especial aquellos compañeros y compañeras que día a día trabajan en la Subsecretaría a mi cargo. A los directores, coordinadores y a todo el equipo técnico que hicieron posible esta publicación gracias a su arduo trabajo y dedicación.

En segundo lugar, agradezco a todos los actores (médicos y no médicos) participantes de los encuentros PRE – CORESA realizados durante el año 2008. Todas las acciones, actividades y estrategias aquí desarrolladas, fueron las conclusiones que se abordaron, discutieron y consensuaron en tales encuentros. A todas ellas y ellos, infinitas gracias.

En tercer lugar, agradezco a los referentes e integrantes de las distintas sociedades científicas, agencias internacionales, universidades, organizaciones de la sociedad civil (ONGs, organizaciones comunitarias, sindicatos, etc.), a los Hospitales Garrahan, Posadas y Maternidad Sardá y a las demás áreas ministeriales del Estado Nacional, que nos acompañaron y apoyaron en todo el camino que emprendimos allá por diciembre de 2007 y aún hoy están a nuestro lado.

Asimismo, agradezco a todas las personas que siempre tendieron su mano, conocimiento, apoyo y sustento para transformar el trabajo diario de la Subsecretaría de Salud Comunitaria en una panacea del quehacer público, convirtiendo nuestro deber de servidores de lo público en un desafío constante y encantador que nos convierte en los privilegiados trabajadores de la salud pública intentando construir, día a día, un sistema de salud municipal, provincial y nacional de características justas, equitativas y adecuadas para cuidar la salud de todos y cada uno de los ciudadanos de nuestra querida Argentina.

A todas y todos, muchas gracias.

## Menciones especiales

No quiero desaprovechar la oportunidad para mencionar a todas las personas que participaron de los escritos que aquí se compilan y que sientan las bases del Plan Estratégico.

A los directores y equipos técnicos de las dependencias que integran la Subsecretaría de Salud Comunitaria:

Juan Reichenbach, Ana Speranza, Daniel Capponi, Ana Ferrarotti, Ana Suppa, Ana Balanzat, Elsa Andina, Carmen Terrone, Isabel Kurlat, Oscar Garcia, Silvia Baez, Mirta del Yerro, Carolina Nigri, Diego Enriquez, Guadalupe Mangialavori, Gabriela Mendes Pinto, Livia Herrera, Martín Sabignoso, Ana María Salas, Ianina Lois, Ezequiel Enz y a todos aquellos que colaboraron en su realización.

Asimismo, quiero mencionar a siete personas que desde que asumimos en diciembre de 2007 nos brindaron todo su apoyo y conocimiento y continúan trabajando a nuestro lado:

Mario Palermo, Josefa Rodríguez, Margarita Ramonet, Marita Marini, Zulma Ortiz, Ricardo Fesina y José Antonio Pagés.

Por último, agradezco a mi equipo de trabajo, quién delineó y compiló todos los trabajos y siempre sustenta con sus críticas y aportes cualquiera de las políticas públicas que parten de la Subsecretaría, como así también apoya y enaltece el trabajo cotidiano que realizo:

Cintia Ramon, Noelia Moscoloni, Alejandra Manosalva, Emilio Moscardo, Mariano Andrade, Rubén Murphy, Antonin Ropert y Jorge Saavedra.

Muchas gracias por su apoyo incondicional.

ALDO MARCONETTO

# Indice

<b>Prologo</b>	7
A. Re-definición del sistema sanitario	10
B. La salud como participación comunitaria	12
C. Desarrollo y fortalecimiento local	12
D. Integralidad en las políticas públicas	15
<b>I. PLAN ESTRATÉGICO</b>	19
<b>A) <i>DECISIONES MARCO</i></b>	19
1) UNIDAD EJECUTORA PROVINCIAL	19
2) NUEVA HERRAMIENTA DE NOMINALIZACIÓN NACIONAL – SIP	20
3) USO DE FONDOS DEL PLAN NACER	22
<b>B) <i>1º NIVEL DE ATENCIÓN</i></b>	24
1) PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y PARTICIPACIÓN	24
2) BÚSQUEDA ACTIVA – Captación temprana de la embarazada	28
3) OPTIMIZACIÓN DE LOS RR.HH. – Nuevos actores	29
<b>C) <i>2º - 3º NIVEL DE ATENCIÓN</i></b>	33
<b>1) MATERNIDADES SEGURAS</b>	33
a) CONSULTORIO DE ALTA CONJUNTA (CAC)	33
b) CONSULTORIO DE ALTO RIESGO	35
c) CENTROS DE LACTANCIA MATERNA (CLM)	37
d) CONSEJERÍAS EN SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE	38
<b>2) CUMPLIMIENTO Y MONITOREO DE LAS CONE</b>	39
<b>3) REGIONALIZACIÓN</b>	40
<b>4) REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA</b>	44
<b>D) <i>EVALUACIÓN Y CAPACITACIÓN EN SERVICIO</i></b>	46
<b>E) <i>COMUNICACIÓN</i></b>	47



# Prologo

La presente publicación es el corolario del trabajo colectivo de distintos actores (nacionales, provinciales y locales) cuyo resultado arroja las bases de un Plan Estratégico Nacional para reducir la Mortalidad Materna e Infantil en la República Argentina.

Nuestro país ha sido, y continúa siendo, uno de los países más desarrollados dentro de la América Latina. Sus indicadores, históricamente, han sido de los más altos, resaltando la calidad de vida de todos sus ciudadanos. No obstante, en las últimas décadas, la implantación de un modelo económico financiero que socavó los principios básicos y el respeto por los derechos esenciales, conllevó que un claro indicador de la calidad de vida haya caído en una meseta.

La mortalidad infantil en 2007 fue del 13,3 (por mil). Sin dudas, desde el 2003 hasta la fecha, ha sido notable la mejora de este indicador. Sin embargo, los actuales índices que presenta nuestro país requieren no ya de acciones focalizadas, sino de un abordaje planificado, estratégico e integral de manera de contrarrestar sostenidamente el descenso y profundizar la equidad e igualdad de nuestro sistema sanitario.

A sabiendas que, en cuanto a la mortalidad infantil, del total de muertes Neonatales<sup>1</sup> (5.964), el 57,4% (3.423) responden a CAUSAS REDUCIBLES y del total de muertes Pos-neonatales (3.336), el 56% (1.868) responden, también, a CAUSAS REDUCIBLES, trabajando sobre tales causas podremos descender a un dígito la tasa de mortalidad infantil. Algo similar ocurre con la mortalidad materna, que del total de muertes (306), más de la mitad responden a CAUSAS REDUCIBLES, lo

---

1. Todos los datos corresponden al año 2007.

cual también nos advierte que fortaleciendo nuestro trabajo y esfuerzos sobre tales causas, podremos descender significativamente la tasa de mortalidad materna.

El enfoque que sostenemos sobre la salud y el sistema de salud no es una mera visión sanitaria, sino, fundamentalmente socio-sanitaria. ¿Esto qué significa? En primer lugar quiere decir que somos conscientes que nuestro sistema de salud se halla inmerso dentro de un contexto, con características sociales, políticas, económicas, culturales, etc., que influyen y repercuten en su funcionamiento y desarrollo. Referimos a un sistema de salud que en los últimos 30 años no quedó exento de crisis y conflictos, tanto nacionales como internacionales, sino que fue participe (cuando no víctima) directo y/o indirecto de tales situaciones.

Consecuente con ello, el servicio de salud pública, obviamente, nunca estuvo fuera del entramado general; esto es, de un sistema socioeconómico de perfil excluyente, con una clara tendencia atomizante del individuo y una fragmentación y segmentación de sus políticas y sus beneficiarios. Hablamos de una concepción que abogaba por un Estado débil, provisto de un rol pasivo, que deliberadamente planteaba un “laisse faire” al mercado y delegaba su primordial función de articulador de políticas públicas en detrimento de la calidad y protección de todos sus ciudadanos.

En segundo lugar, las antinomias establecidas entre lo público y lo privado, la concepción social de la salud pública versus la mercantilización de la salud, ciudadanos de derechos y clientes con deberes, impartieron en la sociedad la desazón y la desesperanza sobre lo que un Estado puede y debe hacer en pos de una política justa y redistributiva. Los usos y costumbres quedaron a merced de la desidia y una sociedad cada vez más atomizada, más individualista, no encontraba salida más tentadora que la de “salvarse por sí mismo”, quebrando cualquier lazo social, solidario y de empatía que alguna vez trenzaron y fortalecieron el desarrollo de la Argentina.

La salud, como derecho natural y social de todos y cada uno de los ciudadanos, no quedó al margen de tal paradigma, de tales antinomias, lo

que fue tornándose insostenible e insustentable para el bien común de los habitantes, sobre todo de aquellos que siempre necesitaron y necesitan del Estado un actor central: las clases populares de la Argentina y la lucha por la restitución de sus derechos.

Por consiguiente, un Estado que en los últimos 6 años comenzó a ocupar espacios y hacerse presente en roles y actividades que antes delegaba en manos privadas, un Estado que vuelve a transformar al mero habitante en un ciudadano de derechos, un Estado que cree sinceramente que garantizar el libre acceso a los cuidados de la salud no es sólo una responsabilidad sino una obligación insustituible e indelegable del Estado (en sus niveles nacional, provincial y municipal), un Estado que piensa y actúa de tal manera, no puede plantearse otro horizonte que no sea el desafío de reducir de forma constante y punzante los actuales índices de la mortalidad materna e infantil, a través de una estrategia seria y conciente que resalte las fortalezas del sistema y modifique las falencias que el mismo acarrea. Asimismo, nuestro desafío también radica en reparar las inequidades y disparidades que presenta el sistema, reconstruyendo un sistema sanitario no sólo más federal sino más justo e igualitario.

Sin dudas, el objetivo que nos impartimos no es imposible, aunque sí complejo. Se requiere sobre todo de las voluntades y capacidades comunes en pos de un objetivo colectivo y superior. “Que el ser social esté sano o enfermo es una decisión política”, sentenciaba Ramón Carrillo. En efecto, creemos fielmente que subyace al plan estratégico la fuerte voluntad política de las autoridades nacionales y provinciales para llevar adelante el imperioso cambio. “La Salud es política y la política es salud” no es sólo una frase, sino más bien reviste de un paradigma, una visión, de lo que debería ser la salud, ni más ni menos que una política pública sustentada en conceptos clave, claros y concretos.

Consecuentemente, el plan estratégico que a continuación se delinea contiene cuatro (4) ejes fundamentales que lo sustentan y le permitirán mantenerse y acrecentarse en el tiempo.

A) Re-definición del sistema sanitario

- B) la salud como participación comunitaria
- C) Desarrollo y Fortalecimiento local
- D) Integralidad en las políticas públicas

### ■ A. Re-definición del sistema sanitario

*“Hospitales numerosos y siempre llenos, señalan un fracaso de la técnica de la salud pública”*

Una de las primeras tareas para la elaboración del Plan Estratégico consiste en identificar el problema o núcleo de problemas. Esto posibilitará abordar de manera eficaz y eficiente las posteriores acciones, pues previamente se definen y redefinen las bases que darán sustento a las distintas estrategias.

Es evidente que la realidad nos muestra cotidianamente que el sistema de salud no está en su óptimo funcionamiento por deficiencias que creemos modificables, por medio de las cuales podría sanearse el sistema de salud público, ampliarse y mejorarse la cobertura y calidad en los servicios y prestaciones médicas y no médicas, conformando un apropiado modelo de gestión y atención de la salud.

No obstante, en primer lugar, lo que debemos señalar es que, contrariamente a los mitos que subyacen al pensamiento general, una de las principales falencias del sistema no radica en la carencia o escasez de fondos o presupuesto asignado a la salud, sino más bien en el destino y la utilización que se hace de ellos. Reconocemos que la fragmentación y segmentación en la que ha estado inmerso el sistema de salud advierte la necesidad de coordinar acciones y políticas que promuevan la integralidad e integración del mismo y permitan la asignación planificada y eficiente de los ingresos y egresos del sistema.

En segundo lugar, la evaluación de la estructura organizativa del sistema sanitario, fundamentalmente en recursos humanos, advierte la imperiosa necesidad de una planificada y consensuada reorganización de las misiones y funciones de su personal, a fin de optimizar y potenciar los recursos con los que actualmente se cuenta. Vale señalar que, por un lado,

vastas áreas del estado en sus tres niveles, concentran un importante número de personas abocadas a tareas que no siempre requieren de tal magnitud; sin embargo, al mismo tiempo se descuidan espacios esenciales en el quehacer cotidiano que podrían aumentar y fortalecer mejoras en la calidad, el servicio y la atención de nuestra comunidad. Por otro lado, el recurso humano en salud, muchas veces, es formado, preparado y educado para un quehacer más bien individual y no para el trabajo colectivo y una construcción de la salud con otros, hecho que dificulta la persecución de un objetivo común y labores conjuntas.

De esta manera, por ejemplo, creemos que una herramienta vital para el mejoramiento de los servicios residirá en modificar tales conductas, promoviendo capacitaciones para los recursos humanos desde una visión de equipo de salud y no una formación basada en una mera transmisión de conocimientos individuales o aislados. En la construcción de un sistema socio-sanitario distinto, será primordial que la educación permanente en servicio base sus preceptos, por ejemplo, en los problemas regionales prevalentes, pues éstos constituyen la herramienta esencial para una transformación del sistema de salud pública desde sus propias bases territoriales.

En tercer lugar, es menester proveer conjunta y consensuadamente, de mayor equidad a los servicios provinciales, a sabiendas de las grandes disparidades que presenta la salud a lo largo y ancho del territorio nacional. La calidad y seguridad alcanzada en algunos efectores es muy superior a la provista por otros, lo que genera una inequidad y desigualdad entre ciudadanos de un mismo país. Sin embargo, es menester resaltar que tales disparidades e inequidades son salvables y pueden ser resueltas si existe la firme voluntad política y técnica.

Por último, la perspectiva que rige el plan estratégico subyace en una visión socio-sanitaria del sistema. Creemos fielmente que la historia y la experiencia nos han sabido demostrar que la salud no es una cuestión meramente médica, sino que es fundamentalmente comunitaria. Plantear el tema de la salud pública desde un enfoque sanitario deja de lado el enorme abanico social que se esconde en las problemáticas sanitarias. Si el trasfondo es social, las soluciones deben ser sociales. Asimismo,

las políticas no sólo deben ser planteadas desde los propios efectores de salud sino que debe involucrarse a la comunidad misma (y sus actores territoriales) como partícipes de cada política pública en salud. De tal modo, lo justificaremos a continuación.

## ■ **B. La salud como participación comunitaria**

Teniendo en cuenta las afirmaciones previas, consideramos que la salud no es un asunto médico, sino más bien lo es la enfermedad. La salud es una cuestión social, que se sostiene de un eje piramidal que es la participación de la comunidad. Crear las oportunidades para que la comunidad se involucre en su salud no sólo es esencial sino que es la mejor manera de alcanzar cualquier meta sanitaria.

La visión socio-sanitaria de la salud se comprende como una actitud que trasciende los muros de los efectores del sistema sanitario y se adentra en los comportamientos y hábitos mismos de la comunidad. El principal destinatario de la salud debe ser, al mismo tiempo, su principal gestor. Los conceptos como prevención y promoción de la salud son vitales y preponderantes a la hora de generar cambios sociales de fondo. Luego, cuando se aborda el tema de la enfermedad, es cuando deben intervenir los efectores y servicios del sistema sanitario, dando respuestas integrales, eficientes y eficaces, transformando a cada centro de salud en un centro amigable al individuo, a la familia y a la comunidad en su conjunto. Por consiguiente, será necesario visualizar como fundamental el incentivo y la promoción del involucramiento de la comunidad en el desarrollo de la salud, originando canales que universalicen la accesibilidad de la comunidad al sistema sanitario, generando un cambio en ambos lados del espectro: desde los efectores sanitarios, mejorando sus servicios; como desde la comunidad misma, convirtiendo comportamientos y estilos, alcanzando una verdadera construcción comunitaria de la salud.

## ■ **C. Desarrollo y fortalecimiento local**

Las últimas décadas de la historia argentina nos hicieron aprehender con la experiencia misma que la finalidad de las políticas estatales

tendieron a incentivar y profundizar un cambio en los roles del Estado, promoviendo su pasividad, delegando sus responsabilidades y deberes, lo cual conllevó un acrecentamiento de su debilidad e inercia.

Consecuente al modelo nacional y popular instaurado en la Argentina desde el 2003, cuya característica esencial reside en el rol activo del Estado y, a sabiendas del sistema federal que nos rige, creemos que el rol del Estado Nacional debe plantearse nuevamente en sus límites, reconociendo sus misiones y funciones. Igual proceso de redefinición deben realizar los poderes provinciales y municipales, para luego diseñar e implementar políticas consensuadas entre todos los niveles del Estado (subsidiariedad de las políticas públicas).

Por consiguiente, partiendo de la concepción de que los grandes cambios deben encararse desde lo local, una política pública nacional debe producirse y consensuarse con los actores que participan diariamente en la construcción de la salud, quienes día a día constatan la verdadera funcionalidad e impacto que tienen las políticas públicas del Estado Nacional y Provincial en toda sociedad.

Consecuente con ello, desde la Subsecretaría de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación se planificó e implementó un nuevo espacio decisional, un nuevo esquema de reuniones y encuentros a fin de llevar a la práctica lo que sostenemos en el discurso. A los habituales encuentros del Consejo Regional de Salud (CO.RE.SA) y Consejo Federal de Salud (CO.FE.SA), se sumaron los PRE – CO.RE.SA., cuyo origen fue la firme idea de reunir en tal evento a los actores de salud apostados a lo ancho y a lo largo de todo nuestro vasto territorio, a fin de planificar y consensuar junto a ellos las políticas que desarrollaremos dentro del sistema de salud.

El trabajo de equipos en los PRE-CO.RE.SA. (realizados durante todo el 2008 en distintas provincias) se entabló con todos los profesionales médicos y no médicos – de la convocatoria participaron todos los involucrados en el sistema de salud, desde jefes médicos hasta directores de hospitales, referentes provinciales de Materno – Infancia, Salud Sexual y Procreación Responsable, Plan Nacer, Referentes de Obras

Sociales, entre otros., – que no son ni más ni menos que las personas que diariamente trabajan la salud en las 24 jurisdicciones nacionales.

De las reuniones y el trabajo mantenido los días que duró cada uno de los encuentros, pudieron plantearse las distintas falencias y problemas que se suscitan en la actividad diaria, las deficiencias del sistema en general y, sobre todo, las posibles soluciones que puede brindar el Estado para modificar, corregir y poder crear las bases necesarias para una estrategia seria, conciente, deliberada con todos y sostenida en el tiempo, con resultados a corto, mediano y largo plazo. Justamente, el Plan Estratégico aquí presentado se origina de tales bases, acciones que fueron enmarcadas y decididas en el consenso y la deliberación con tales actores y posteriormente acordadas en los encuentros CO.FE.SA., con todas las respectivas autoridades de las carteras de salud provinciales.

En resumen, hablamos de un Plan Estratégico Nacional, integrado por acciones socio-sanitarias claras y definidas, acordado en un arduo trabajo colectivo a escala nacional, articulando los niveles institucionales (municipales, regionales, provinciales y nacionales) con los distintos niveles jerárquicos del sistema (desde los titulares de las carteras de salud hasta los profesionales y actores territoriales apostados en cada una de las jurisdicciones nacionales). En pocas palabras, hablamos de decisiones basadas en el trabajo horizontal y vertical de todos los poderes y actores involucrados en el sistema de salud del país.

Por todo ello, estamos convencidos sobre lo que podemos alcanzar puesto que creemos en un plan sustentado en la visión que reza que consensuando y potenciando (dejando capacidad instalada en el territorio) desde lo local, fortalecemos los demás poderes (provinciales y nacionales), donde cada uno aporta en torno a sus necesidades y ámbitos de influencia, respetando las distintas identidades regionales en la identificación de sus problemas prevalentes, pero en donde todos y cada uno trabajamos en una política que creemos superior, en la que todos fuimos, somos y seremos parte de ella.

## **D. Integralidad en las políticas públicas**

*“La salud es una cuestión social, económica y política y un derecho humano fundamental. La inequidad, la pobreza, la explotación, la violencia y la injusticia están en las raíces de la salud de los pobres”*<sup>2</sup>

Históricamente, todos los países latinoamericanos, incluida la Argentina, han convergido sus políticas públicas en políticas focalizadas, asistencialistas, segmentarias, cuya representación en el territorio se concretaba en un programa cerrado (“enlatado”), ceñido en sus límites, que “bajaba” desde Nación hacia cualquiera de sus provincias o municipios, sin contemplar la real necesidad sea geográfica, económica, social, sanitaria, etc., del territorio en cuestión. El sistema de salud, nunca exento del resto del sistema, experimentó las mismas falencias.

Las políticas sanitarias nacionales se caracterizaron por ser segmentadas y fragmentadas, visualizando a la sociedad con divisiones ficticias y aplicando soluciones parciales. Una labor que implicó un trabajo más bien a demanda, en vez de formular y desarrollar trabajos más eficaces y productivos en el ámbito de la prevención y contención, con acciones planificadas, consensuadas e integrales. Creemos que una visión holística del ser humano debe ser acompañada por una política pública del mismo tenor. Por ello, consideramos como virtud del Plan Estratégico, su visión integral acerca de las problemáticas sanitarias, a fin de resolverlas con acciones que impartan una solución integrada e integral, dando respuestas concretas, pero estratégicamente elaboradas.

Consecuentemente, un concepto clave que pretendimos desarrollar es el de integralidad, concebido en la salud como la coherencia del enfoque socio-sanitario aplicado en la práctica.

A una política integral en salud, subyace un enfoque interdisciplinario, con aportes y trabajos técnicos en cada temática con sus propias especificidades, pero que conlleven acciones conjuntas. Por ello mismo, en los encuentros PRE – CO.RE.SA., participaron actores de salud de las distintas áreas aunque trabajando y colaborando de manera

---

2. Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo “Hacia un cuidado integral de la salud para la equidad”, Buenos Aires 2007.

conjunta, lo cual permitió diseñar y planificar estrategias abarcadoras de problemáticas relacionadas, definiendo y conciliando las mejores acciones para encararlas. De esta manera, el Plan Estratégico fue enriquecido por la deliberación, colaboración y el trabajo conjunto de todos los equipos de cada área de todas las regiones del país.

Sin embargo, en pos de una integralidad mayor, nuestro ulterior desafío será que las próximas convocatorias sean aún más abiertas y, por tanto, más enriquecedoras. La salud no se halla aislada, sino que está enmarcada en un entorno social. El riesgo social es riesgo sanitario y viceversa. Por ello, en pos de la integralidad, estamos aunando todavía más nuestros esfuerzos, trabajando conjuntamente con los ministerios de Desarrollo Social, Trabajo y Educación del nivel nacional transformando las políticas públicas aplicadas en el territorio. Creemos que una política en salud no debe ser encarada sólo desde el Ministerio de Salud, sino que debe ser enfocada como una variable más de un largo y complejo proceso social. Disociar la educación de la salud es incoherente, como lo es también disociarla del trabajo, de la vivienda y de las necesidades básicas de todo individuo y la comunidad.

Sabemos que un mero enfoque sanitario sin sustento social es incompleto. Por ello, el próximo desafío radicará en promover el trabajo conjunto con los referentes de los ministerios mencionados, en los niveles nacional, provincial y municipal a fin de posibilitar una integralidad tal que adecue el mejor escenario y su impacto social sea mayor en toda la comunidad. Asimismo, planteamos la idea de continuar convocando a los sectores académicos y científicos (Universidades, Sociedades científicas, Agencias internacionales, entre otros) de manera que logremos enriquecer el debate y fortalecer en la práctica las acciones que den sustento a las estrategias planificadas. Al mismo tiempo, estamos trabajando a fin de crear espacios en los cuales convocar a las distintas organizaciones sociales que trabajan diariamente la salud en el territorio, pues cuentan con la virtud de conocer cara a cara cuales son las problemáticas de su lugar y, por cierto, planificar y deliberar acerca de las mejores respuestas que pueden ser trabajadas para superarlas.

Sin dudas, creemos fielmente que el Plan Estratégico que se exhibe a continuación se originó con la idea aquí esbozada de asentar el consenso en las bases de la comunidad, conciliar al ciudadano con el sistema y sus derechos, participarlo en las decisiones y redefinir al Estado y sus políticas en acciones concretas, elaboradas con planificación y compartidas por todos y cada uno de los actores del sistema como una máxima superior a la que todos nos comprometemos no sólo a implementar y desarrollar sino a defender diariamente a fin de lograr el ansiado desafío de reducir intensamente la morbi - mortalidad materna e infantil y brindar un sistema sanitario equitativo y justo en toda nuestra querida República Argentina.

ALDO MARCONETTO  
Subsecretario de Salud Comunitaria  
Ministerio de Salud de la Nación



# I. PLAN ESTRATÉGICO

## A) DECISIONES MARCO

### 1) UNIDAD EJECUTORA PROVINCIAL

UEP se plantea como el cuerpo encargado de proveer de contenido y asistencia técnica a los titulares de las carteras de salud de las provincias. Será el órgano consultor de cada ministro provincial que, por sus rasgos e integrantes, conformará un equipo de trabajo capaz de formular e implementar políticas de fondo, que revistan de la integralidad, multidisciplinarietà y calidad necesarias.

La conformación de la UEP<sup>3</sup>, estaría integrada por los siguientes referentes:

- Titular de Maternidad e Infancia
- Titular del Plan Nacer
- Titular de Salud Sexual y Procreación Responsable
- Titular de Adolescencia
- Titular de la Región Sanitaria
- Titular del Área Externa
- Titular del Hospital zonal
- Referente de la Obra Social Provincial
- Entre otros<sup>4</sup>.

Las misiones y funciones de cada UEP estarían a cargo de las respectivas carteras provinciales, de manera que el trabajo y las acciones conjuntas puedan impactar desde un lineamiento claro y unificado en cuanto a sus contenidos.

3. A nivel nacional, los integrantes de la UEN (Unidad Ejecutora Nacional) serían similares, sólo que se sumarían algunos roles que no se encuentran a nivel provincial.

4. Y todos los actores que cada provincia crea conveniente incorporar a su unidad ejecutora (organizaciones sociales, universidades, sociedades científicas, etc.).

Las reuniones deberían ser periódicas, cuya evaluación y monitoreo serán presentados y llevados a cabo en los encuentros CO.RE.SA y CO.FE.SA, lo cual posibilitará de correcciones particulares y generales y una medición global y constante de resultados a corto, mediano y largo plazo (evaluación de procesos).

## **2) NUEVA HERRAMIENTA DE NOMINALIZACIÓN NACIONAL – SIP**

La necesidad del sistema de salud público de contar con un registro unificado, funcional y nacional se hace cada vez más evidente. Su necesidad se puede dividir en 2 grandes aspectos: 1) la nominalización de la población que utiliza los servicios de salud y 2) la producción, procesamiento y análisis de datos sobre la salud de la población que permitan la toma de decisiones informadas para la gestión de los recursos en salud.

Nominalizar destinatarios y contar con equipos médicos que puedan desempeñarse con población a cargo, es esencial para optimizar el funcionamiento del servicio social provisto por el Estado, como así también la calidad, atención y seguimiento de cada uno de los ciudadanos que acceden al servicio sanitario. Consensuar la Unificación de Historias Clínicas Sanitarias es el primer paso.

Consecuentemente, en primer lugar, las autoridades de los Ministerios de Salud de Nación y de las provincias, han comprometido sus esfuerzos en mejorar y re-significar la herramienta de información SIP (Sistema Informático Perinatal), de manera tal que se incremente y potencie su utilización actual.

Cobertura del SIP – 2007  
Nacidos vivos  
700.792 (Fuente Estadísticas Vitales)  
Nacimientos sub-sector oficial  
403.536  
Registros SIP  
155.440 (Fuente SIP)  
Cobertura SIP  
38.5%

Esta realidad revela una sub-utilización de una herramienta y requiere modificación en las prácticas para asegurar una mayor agilidad en la carga y el procesamiento de los datos del SIP.

La nueva propuesta SIP Gestión, utilizando y enriqueciéndose a través de la experiencia y los servicios provistos por el CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología), consistirá en consensuar entre los niveles nacionales y provinciales, las variables elegibles a fin de ser monitoreadas, reportadas y analizadas de manera constante. Estas variables – cuyo listado puede verse más abajo – permiten el diseño de un cuadro de mando integral para que cada provincia, jurisdicción y maternidad pueda conocer sus datos en valores absolutos. También les va a permitir conocer su posición relativa dentro de los valores mejores y peores de la Provincia y de la Nación. Asimismo, permitirá una asignación correcta de recursos y una respuesta ágil a cualquier desviación de los valores considerados adecuados para cada una de las variables seleccionadas.

La elección de un número determinado de variables, permitirá agilizar los tiempos de envío provincial y, posterior devolución nacional, con el aporte detallado de un análisis de los datos a nivel intra e inter-provincial, de manera de forjar un panorama nacional de los comportamientos y tendencias en la materia.

La nueva propuesta SIP Gestión permitirá diseñar y conformar un modelo de monitoreo comparativo nacional, que constará de:

- Envío de datos (de Provincia a Nación)
- Devolución trimestral de datos con respectivo análisis (de Nación a

provincias)

- Evaluación, monitoreo y medición constante de las tendencias provinciales y la media nacional
- Correcciones y propuestas de cambio (en caso de provincias que así lo ameriten)

Las variables a incluir con la nueva propuesta de SIP Gestión son las siguientes:

1. Edad Materna
2. Primer Control Prenatal según edad gestacional
3. Promedio de Control Prenatal (por jurisdicción)
4. Vacunación Antitetánica al parto
5. VDRL
6. Grupo y Rh
7. Tipo de Parto (describir la variable terminación)
8. Edad gestacional al parto
9. APGAR al minuto 1
- 10 APGAR al minuto 5
11. Peso del Recién Nacido
12. Recién nacido sano con alojamiento conjunto:
13. Condición del recién nacido al egreso del servicio
14. ROP
15. Displasia Broncopulmonar
16. Condición al egreso materno
17. Se realizó consejería en Salud Reproductiva
18. Infección Hospitalaria en Neonatología

### **3) USO DE FONDOS DEL PLAN NACER**

El Plan Estratégico consta entre sus acciones de medidas que tienden al fortalecimiento del primer nivel de atención, trabajando sobre los conceptos de prevención y promoción de la salud, la búsqueda activa de la embarazada, el mejoramiento, periodicidad y constancia de los controles prenatales, optimizando los recursos humanos actuales y sumando nuevos actores comunitarios al sistema, entre otras actividades.

En la actualidad, el direccionamiento provincial en el uso de los fondos

del Plan Nacer es, sin dudas, pasible de correcciones, sobre todo en lo que concierne al Nomenclador (el apartado Comunidad), cuyas prácticas son esenciales a los fines estratégicos del plan, pero cuyo porcentaje de financiamiento es menor al 10%, presentando grandes disparidades entre provincias.

La voluntad y el compromiso de los ministros de salud provinciales y nacionales, sustentado en la sub-optimización de tales gastos, se asentó en la evaluación y replanteo de tal direccionamiento a fin de poder incrementar, según dicten las autoridades provinciales, el porcentaje destinado actualmente a tales prácticas.

Sin dudas, un replanteo en la utilización de tales fondos será el disparador de nuevas acciones que fortalecerán el primer nivel de atención, mejorando la accesibilidad, cobertura y calidad de los servicios prestados en dicho nivel de atención sanitaria.

## B) 1º NIVEL DE ATENCIÓN

### 1) PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y PARTICIPACIÓN

*“Una atención primaria que va más allá de los efectores y llega hasta los hogares”<sup>5</sup>*

El 1º nivel de atención es el nivel que soluciona, teóricamente, el 80% de los problemas sanitarios y en donde los recursos actúan, principalmente, en forma preventiva y educativa, promoviendo el mantenimiento de la salud, así como la asistencia medica ambulatoria y servicios de urgencias, constituyendo la puerta de entrada y el primer contacto de la población con el sistema de salud. Por ello, el sistema de salud no puede verse sólo como el desarrollo de los servicios básicos de salud, sino como la movilización de todos los recursos disponibles mediante la educación apropiada, potenciando la capacidad de las comunidades para participar en la resolución de sus necesidades. La atención primaria como estrategia plantea un desafío, donde la imaginación, la creatividad y la técnica deben articularse y potenciarse.

La prevención (de la enfermedad) abarca aquellas medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo sociosanitarios, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias.

A su vez, la promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. La promoción se ha constituido en un proceso socio-político que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también aquellas dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas. Es un proceso que apunta a que las personas incrementen su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, la mejoren. Para ello, la participación (individual y comunitaria) es esencial.<sup>6</sup>

---

5. Glosario de la Promoción de la salud. Organización Mundial de la salud. Ginebra, 1998

6. *Ibidem*.

Las personas deben ser el centro de la acción de la promoción de la salud y de los procesos de toma de decisiones para que éstos puedan resultar eficaces. El acceso a la educación e información son esenciales para conseguir una participación efectiva, al igual que el empoderamiento individual y comunitario. Justamente aquí es donde debemos poner más esfuerzos en generar, potenciar y fortalecer comportamientos, hábitos y estilos saludables, propiciando y desarrollando oportunidades y espacios donde puedan sumarse los individuos y la comunidad, siendo parte activa de la salud pública.

La Salud como hecho social es el producto de una circunstancia política, económica, cultural y social, que se da en una población y en un determinado tiempo y lugar. No es algo que pueda obtenerse sin la intervención activa del hombre, es un valor positivo, es una actitud, una acción, es un intercambio dinámico con el medio, para resolver favorablemente los conflictos que se le plantean. La enfermedad como fenómeno es más compleja que la simple patología, y la práctica terapéutica no es un acontecimiento dual médico – paciente, sino que se extiende al colectivo social.

En este marco, las acciones de educación permanente en salud son un componente estratégico en APS, que promueve la construcción de conocimientos para la transformación del modelo de atención a partir de la identificación de los nudos críticos, que hacen obstáculo a la superación de la fragmentación en las prácticas en salud y de la calidad y calidez del modelo de atención. Por esa razón, debemos realizar una alfabetización sanitaria de la población. Informando, sensibilizando, motivando y educando acerca de los factores de riesgo y de las posibilidades de mejorar la calidad de vida.

La Participación Social ha sido reconocida como una de las actividades básicas de las políticas de APS, junto con la auto-atención, el papel de la mujer, el uso de la medicina tradicional y el saber popular, y sigue siendo parte sustantiva de las acciones dirigidas a solucionar o por lo menos limitar, los principales problemas que afectan la salud de nuestro pueblo.

Respecto a la salud de la mujer es impostergable la capacitación para la defensa de sus derechos, así como también la sensibilización de la sociedad en su conjunto sobre el derecho que tiene una mujer a decidir cuándo embarazarse, disponibilidad de métodos anticonceptivos en forma gratuita y conocer los riesgos de las complicaciones del aborto en condiciones no seguras.

Asimismo, deben desarrollarse estrategias orientadas a todas las mujeres para:

*a) Implementar estrategias para evitar el embarazo no planificado*

La política del Ministerio establece claramente la integralidad de los actores y las acciones con objetivos específicos. En este sentido, las estrategias para evitar el embarazo no planificado y la prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) necesitan de la articulación y coordinación del área obstétrica de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (DINAMI) con el Programa Nacional de Salud sexual y Procreación Responsable (PSSyPR), el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, la Dirección de Salud Comunitaria, los educadores, etc., para llegar a los efectores de salud en todos los niveles de atención, organismos comunitarios, escolares, entre otros.

Por ello, el asesoramiento y la información sobre métodos anticonceptivos deben ser difundidos utilizando el lenguaje y respetando los valores culturales de las diferentes poblaciones pero propendiendo al reconocimiento por parte del hombre, de la sociedad y fundamentalmente de la mujer, de sus propios derechos.

El embarazo planificado y deseado disminuye la posibilidad de complicaciones graves dado que fortalece la adhesión de la mujer al control y al cuidado durante el mismo, facilitando el vínculo con su hijo. Por otra parte, la elección del momento del embarazo, promueve un mayor y mejor cuidado del niño.

*b) Asesorar sobre riesgos y acciones beneficiosas a realizar previas a la decisión de un nuevo embarazo*

El Consultorio de Alta Conjunta define el cuidado preconcepcional

como un conjunto de intervenciones cuya meta es identificar y modificar riesgos biomédicos, de conducta y sociales del embarazo a través de la prevención y la gestión. Cuando la mujer tiene la primera visita prenatal puede ser demasiado tarde para prevenir algunos problemas de salud de ella, del embarazo o del niño. Cada mujer en edad reproductiva que puede embarazarse es candidata al cuidado preconcepcional aún si no está planeando concebir. También los hombres deberían recibir información y asesoramiento aun cuando todavía los componentes no están tan bien definidos en el hombre como en la mujer: La mayoría de los componentes de cuidado preconcepcional pueden ser brindados en el 1º nivel de atención.

Incluye:

- La concientización pública sobre la importancia de las conductas beneficiosas y perjudiciales en la salud concepcional usando información y herramientas que sean apropiadas para los diferentes grupos de edad, niveles de alfabetismo y aspectos culturales y de lenguaje.
- Responsabilidad individual. Promover que cada mujer, hombre y pareja tengan un plan de vida reproductiva basado en sus valores y recursos.
- Visitas preventivas: Como parte de visitas de cuidado primario, proveer una evaluación de riesgo, educación y consejería y promoción de la salud para todas las mujeres en edad reproductiva
- Chequeo pre-embarazo: Como un componente de cuidado de la maternidad
- Cobertura de mujeres con riesgo aumentado (muerte infantil, muerte fetal, defectos al nacimiento, bajo peso al nacer, PP, morbilidades severas, etc.): Garantizar el acceso de las mujeres con mayor riesgo al cuidado preventivo preconcepcional e intergenésico utilizando el período entre gestaciones para proveer intervenciones intensivas adicionales.
- Identificación de riesgo e implementación de intervenciones oportunas, efectivas y de mayor impacto potencial

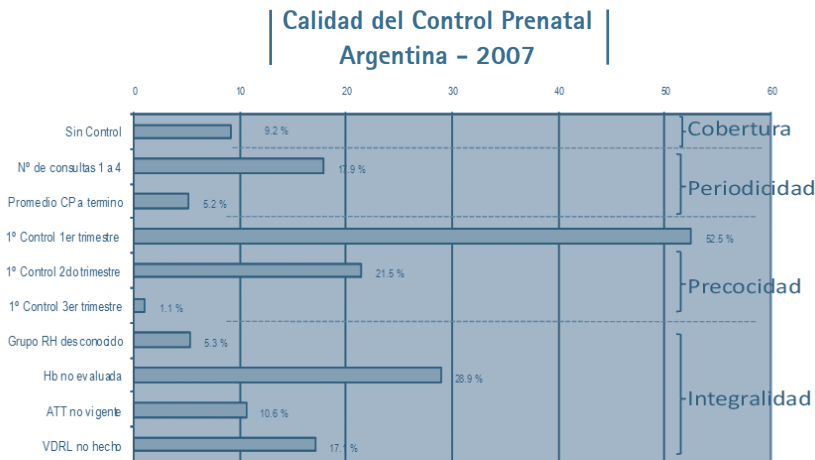
- Monitoreo: de la salud preconcepcional de la población
- Prevención e identificación de casos de violencia de género

La consulta preconcepcional puede detectar condiciones de salud como hipertensión, trombofilias, pérdida repetida del embarazo, desórdenes alimenticios, abuso de sustancias, violencia doméstica y pobre nutrición, riesgos sociales, ambientales y ocupacionales, infecciones e inmunizaciones, planificación familiar, riesgos genéticos, etc., e intervenir ante ellas. Son múltiples las intervenciones que han mostrado una clara evidencia de efectividad en mejorar el resultado del embarazo en esta etapa.

Considerando que las mujeres en edad reproductiva deberían estar nominalizadas en cada Centro de Salud, todos los integrantes del equipo deben asumir la responsabilidad de orientar a la mujer para la realización de esta consulta, como así también debe promoverse la comunicación social y familiar para la transmisión de este concepto.

## 2) BÚSQUEDA ACTIVA – Captación temprana de la embarazada

Como a continuación se observa en el cuadro, los datos que arroja el sistema demuestran las falencias y deficiencias que existen en cuanto a la accesibilidad, cobertura y el acompañamiento de las embarazadas.



Frecuencia sobre 155.440 embarazos registrados

Fuente: SIP. Base de datos agrupada a nivel nacional

Según estos datos, sobre 155.440 embarazos registrados en el año 2007, un 9.2% no habían tenido control prenatal y el 17.9% habían realizado 1-4 consultas prenatales, de lo cual se infiere que en nuestro país, a sabiendas de que la mayoría de los nacimientos son institucionales, sólo el 72,9 % de las embarazadas han tenido un cuidado aceptable de su embarazo en cuanto al número de consultas, independientemente de los contenidos y la calidad del control prenatal. Asimismo, un 52.5% ha tenido su primera consulta en el primer trimestre del embarazo con la posibilidad de detectar precozmente factores de riesgo y actuar oportunamente frente a potenciales complicaciones.

Sin dudas, esta realidad exige implementar estrategias que reconozcan las particularidades regionales, culturales, educacionales y socioeconómicas para hacer efectiva la captación temprana de la embarazada, estableciendo acciones de prevención, detección y corrección que propendan al desarrollo normal del embarazo. Asimismo, debe instalarse la responsabilidad que las parejas, familias y la sociedad toda, tengan en el cuidado de las mujeres embarazadas. Para ello, cada mujer ante la sospecha de embarazo, debe ser orientada a concurrir al centro de salud más cercano para el diagnóstico del mismo y para planificar su cuidado.

En esta línea, lo que se pretende mejorar es la calidad del Control Prenatal, poner redes de comunicación que faciliten la atención adecuada del embarazo (turnos programados, laboratorio, ecografías etc.), y contar con un sistema de referencia para servicios de mayor complejidad (derivación oportuna) para la paciente de Alto Riesgo Obstétrico; todo lo cual contribuiría a la disminución de la morbi-mortalidad materna e infantil.

### **3) OPTIMIZACIÓN DE LOS RR.HH. – Nuevos actores**

En el marco de la estrategia de fortalecimiento del Primer nivel de atención se hace indispensable sumar nuevos actores comunitarios al sistema.

En primer término, el rol de los Promotores de salud o Acompañantes comunitarios transforma en la práctica los conceptos de prevención y promoción de la salud en el territorio mismo.

Una adecuada planta dotada de tales recursos permitirá contar con

agentes sanitarios que trabajen diariamente la salud con la comunidad misma de la cual son parte.

Entre sus funciones, estarán:

- **Nominalización** de la población
- **Trabajar** en las comunidades en la detección, captación, acompañamiento de las embarazadas, recién nacidos y niños menores de 2 años.
- **Controlar** Historia Clínica, Carné Perinatal y Libreta Sanitaria: controles médicos y vacunaciones.
- **Detectar** situación de riesgo socio-sanitario (semaforización) y evaluar redes de derivación, referencia y contra-referencia.
- **Evaluar** los servicios de atención de la salud materno-infantil: maternidades seguras, parto humanizado, consultorios de alto riesgo, etc.
- **Diseñar** estrategias de sensibilización, prevención y promoción de estilos de vida saludables: proyectos participativos, talleres, jornadas, etc.
- **Detectar**, dentro de la comunidad, potenciales actores de salud para atención primaria: optimizar el capital social - conocimiento empírico (obstétricas, enfermeras jubiladas, etc.)
- **Capacitar** en el auto-examen y auto-cuidado de la salud y el cuidado comunitario; sexualidad, vacunación, lactancia materna, prevención ITS, cuidados en el embarazo, entre otros.
- **Contribuir** al enriquecimiento y fortalecimiento de las redes sociales existentes y generar espacios de participación y organización comunitaria.

En segundo término, encontramos el rol de la Obstétrica, el cual debe ser reformulado, a fin de aprovechar las capacidades y formación profesional.

En la Argentina existen cada vez menos espacios académicos que brinden la carrera y formación en Obstetricia. En la actualidad, se dicta sólo en 7 Universidades: Nacional de Bs. As., Nacional de La Plata, Nacional de Santiago del Estero, Nacional de Entre Ríos, Aconcagua

(Mendoza), Católica de Cuyo (San Luis) y Católica de La Plata. El perfil del egresado de la carrera de Licenciatura en Obstetricia le otorga una sólida formación científica, humanística, ética y tecnológica. Por ello, es menester impulsar la difusión de su formación y dotar de condiciones óptimas el desarrollo de su currícula.

Entre sus funciones estarán:

- Asistenciales
- Asesoramiento preconcepcional.
- Detección precoz del embarazo.
- Atención del embarazo normal.
- Detección precoz de patologías y derivación oportuna.
- Realizar monitoreo cardiotocográfico.
- Asistir el parto, alumbramiento y puerperio normal.
- Practicar la episiotomía y episiorrafia.
- Promover lactancia materna y monitorear su evolución en el puerperio.
- Consejería y promoción de educación para la salud.
- Implementar acciones en APS.

Gestión

- Participar en la gestión de los cuidados maternos e infantiles y de salud sexual.
- Participar en la definición de Políticas de Salud.
- Asesorar arbitrajes y peritajes ligados a la profesión de la obstétrica.
- Extender el certificado de nacimiento.

Docencia

- Planificar, organizar, coordinar y realizar actividades docentes en sus diferentes modalidades.
- Ocupar cargos docentes en la Universidad y otras instituciones.
- Planificar, organizar y dirigir cursos de post-grado (maestrías, doctorados, carreras de especialización).

Investigación

- Planificar estudios relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva.
- Diseñar, elaborar, ejecutar y/ o evaluar proyectos de investigación.
- Integrar el método científico como herramienta fundamental en su hacer profesional.
- Publicar y difundir trabajos de investigación

Por lo expuesto, la/el Obstétrica/o se transforma en el mejor recurso humano existente en los sistemas de Salud, CAPACITADO y ADECUADO para la atención integral de la mujer, transformándose en un profesional de excelencia para brindar la mejor la calidad de atención y estableciendo un contacto ideal con las familias.

Los esfuerzos y políticas a plantearse desde los gobiernos nacionales y provinciales, deben tender al cumplimiento efectivo de tales incorporaciones, generando un óptimo marco y desenvolvimiento de los actores, involucrándose de manera completa al rol vital que deberá desempeñar en el sistema sanitario.

Por lo expuesto, el ejercicio de la Obstetricia en la Republica Argentina debe contar con un Marco Legal y Normativo propio a nivel nacional que regule el ejercicio profesional propiciando la aprobación de la Ley Nacional del Ejercicio Profesional de las Obstétricas / Lic. en Obstetricia, que incluya los nuevos roles (Anteproyecto en diputados).

## C) 2º - 3º NIVEL DE ATENCIÓN

### 1) MATERNIDADES SEGURAS

Objetivo General: Promover las maternidades seguras y las maternidades centradas en las familias, a partir de los conceptos de diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado, prevención y seguimiento del binomio madre – hijo.

#### a) CONSULTORIO DE ALTA CONJUNTA (CAC)

Dado que cerca de 100% de los partos son institucionales y que la madre e hijo deben permanecer internados un promedio de 48 horas, el CONSULTORIO DE ALTA CONJUNTA (CAC) permite la integración de acciones de promoción, además de sensibilización y prevención de la morbi-mortalidad materna e infantil, a cargo de los servicios de neonatología y obstetricia.

El programa consiste en la organización de un proceso de Alta Conjunta, dada por el plantel profesional de Obstetricia y Neonatología (obstétricas, obstetras, pediatras, neonatólogos, enfermeras, puericultoras), en forma individual a cada familia. El mismo tiene contenidos preestablecidos (educativos, asistenciales, de consejería en SSyPR), formularios ad-hoc con un instructivo para el llenado del mismo y la recomendación clara de que cada centro asistencial desarrolle las estrategias adecuadas para asegurar que la información de la contrarreferencia llega al primer nivel de atención dentro de las 48 hs. de producida el alta, con el objetivo de que se pueda controlar la concurrencia de madre e hijo a los controles programados. Asimismo, el programa prevé la categorización de riesgo socio – sanitario que permita un seguimiento informado de cada familia.

El Alta Conjunta permite también aprovechar la oportunidad para la vacunación materna (rubéola, tétanos si no hubiese sido vacunada durante la gestación), para certificar el grupo y factor de ambos, y asegurar la vacunación con BCG y hepatitis B para el recién nacido. Sin dudas, el Consultorio de Alta Conjunta (CAC) es el primer paso

hacia una estrategia adecuada de Referencia y Contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención, a través del llenado de calidad de la Historia Clínica Perinatal (SIP). Asimismo, se determinará el riesgo social del paciente y articulará con los demás niveles (provincia, municipio) las acciones a tomar.

Objetivos operativos:

1. La estrategia consiste en la implementación de un conjunto de acciones acordadas con las provincias y descriptas para cada maternidad y sus centros de salud.
2. Miembros del equipo de Salud (por lo menos dos actores) incluyendo un profesional de la salud y un trabajador social o equivalente, quienes se responsabilizarán en conjunto por las acciones a desarrollar
3. Deberán completar un formulario ad- hoc con el conjunto de datos que se requiere.
4. Deberán darle a la madre toda la información que prevé el folleto consensuado a tal efecto
5. Deberán ofrecer la información sobre Salud Sexual y Procreación Responsable (SSyPR ) y, eventualmente, según preferencia de la madre, deberán entregar el anticonceptivo de lactancia.
6. El personal encargado deberá asegurarse de que la madre se retirará de la institución con la libreta sanitaria para su hijo.
7. Deberán asegurar la vacunación del binomio madre- hijo (según corresponda: BCG, hepatitis B, rubéola)
8. Se deberán impartir claras nociones sobre higiene tanto para el RN como para la madre
9. Deberán poner a la madre al tanto de los recursos de que dispone de ayuda en caso de ser necesario
10. Deberán dar el espacio y el tiempo necesario para toda consulta posible que tenga la madre sobre su salud y la de su familia. Este espacio debe ser lo suficientemente abierto como para que la familia se sienta cómoda manifestando sus dudas en lo referente a su salud sexual y procreación, las necesidades económico financieras, etc.

11. El equipo de salud deberá clasificar el riesgo social de la madre y consignarlo en el formulario
12. Según el riesgo social y médico, los profesionales intervinientes deberán determinar la fecha para el primer control del niño y de la madre.
13. Deberán establecer el mecanismo seguro para que el duplicado del formulario y la epicrisis de la HCP lleguen al primer nivel de atención a tiempo para la fecha del control del binomio madre- hijo
14. El personal interviniente deberá asegurarse que los turnos se den el mismo día para facilitar la concurrencia al control
15. El personal interviniente deberá asegurarse de que se han llenado los datos del SIP necesarios, de acuerdo a lo acordado en el plan estratégico.

El Consultorio de Alta Conjunta será una herramienta esencial para mejorar la calidad de los servicios, con un aporte integral en las respuestas a la madre (y el recién nacido) ya sea en cuidados específicos de ambos, como en consejerías sobre anticoncepción, salud sexual, procreación, entre otros aspectos<sup>7</sup>.

## **b) CONSULTORIO DE ALTO RIESGO**

En la estrategia de fortalecer las maternidades, una acción fundamental en tal dirección es la implementación de un espacio destinado especialmente al CONSULTORIO DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO. Sabemos que, aproximadamente, el 85% de los embarazos son normales y/o de bajo riesgo. En tanto, el 15% restante (40.000 embarazos por año) cursará con alguna patología como hipertensión arterial previa o inducida por el embarazo, DBT I o II, Infecciones transmisibles al feto (Sífilis, VIH, Chagas, Estreptococo-Tiroidopatías, Cardiopatías, etc.); a estos denominamos de Alto Riesgo.

El consultorio de Alto Riesgo tiene por objetivo la prevención y tratamiento de las patologías prevalentes. No obstante, el seguimiento trasciende el espacio de dicho consultorio, siendo fundamental que exista un manejo multidisciplinario de los pacientes, incluyendo la articulación

---

7. El ministerio de salud de la Nación cuenta con el Protocolo, Folletería y el Kit de insumos, respectivos al Alta Conjunta.

con otros servicios de apoyo tales como infectología, endocrinología, salud mental, servicio social y otros.

El enfoque social de las patologías debe prevalecer en las personas que asisten a las embarazadas, resultando clave evaluar adecuadamente el alto riesgo social y dando intervención precoz para llevar a cabo un seguimiento estricto que permita realizar las intervenciones necesarias en forma oportuna para resolver la problemática de la mujer. En este sentido es fundamental la evaluación local de riesgo, en base al análisis de los resultados de la población materno-infantil a cargo, para trazar normas adecuadas con el objeto de mejorar la salud materna y perinatal.

### ***Vigilancia de mortalidad materna:***

La comprensión de que la mayoría de las causas de muerte materna en nuestro país son evitables y que las intervenciones para prevenirlas son costo-efectivas y están avaladas por la evidencia científica, exigen actuar sin más demoras adoptando, implementando y monitoreando el cumplimiento y resultado de dichas intervenciones. Los problemas no son aislados sino que forman parte de una compleja trama social con particularidades regionales y provinciales. Por lo tanto, las soluciones han de fundamentarse en un enfoque que sea integral e involucre a todos los actores y problemáticas locales.

Además del esfuerzo para la medición de las muertes maternas, debe enfatizarse en la necesidad de información inmediata acerca de dónde, cómo y por qué estas muertes ocurren a los fines de establecer estrategias de análisis causal y no con fines punitivos.

¿Por qué es importante la vigilancia de la muerte materna en tiempo real?

La vigilancia epidemiológica es la recopilación permanente, sistemática, oportuna y ordenada de la información para observar cambios en la tendencia ó distribución de los problemas de salud y tomar decisiones a nivel jurisdiccional y nacional.

La Resolución Ministerial 640/2007 establece la obligatoriedad de notificar el caso, definida como tal la defunción de una mujer en edad reproductiva (de 10-49 años), e identifica al responsable de la notificación:

el efector ó la jurisdicción. Sin embargo, aún la notificación es lenta y tardía, por lo que es necesario fortalecer el concepto de la importancia de la misma para que se produzca dentro de las 24 hs de producido el evento<sup>8</sup>.

### c) CENTROS DE LACTANCIA MATERNA (CLM)

Un Centro de Lactancia Materna es un espacio en el que, con una política activa y personal especialmente entrenado, se promueve, protege y apoya el uso de leche materna tanto en niños sanos como en niños con dificultades con la lactancia. Específicamente es un espacio dentro de una Maternidad u Hospital de Niños donde se extrae, conserva y distribuye leche materna para la administración a su propio hijo. Eventualmente el excedente no utilizado puede ser donado a un Banco de Leche Humana para su procesamiento y distribución a otros niños.

El objetivo fundamental de los Centros de Lactancia Materna (CLM) radica en estimular la lactancia materna para de esta manera descender la morbi-mortalidad neonatal.

#### **Proyecto:** Creación de Centros de Lactancia Materna

- ✓ **Justificación:** Fomentar la Lactancia materna y la utilización de leche humana en la alimentación de prematuros, RN y lactantes hasta el segundo año de vida o más.
- ✓ **Localización:** 100 Maternidades más grandes del país.
- ✓ **Descripción:** Crear o fortalecer en el ámbito de las Maternidades seleccionadas un Centro de Lactancia
- ✓ **Meta:** Contribuir a elevar el número de niños con lactancia materna exclusiva a los 6 meses a 45% y promover la lactancia continuada hasta los dos años
- ✓ **Objetivos:** Que todos los niños nacidos en estas Maternidades:
  - Inicien la Lactancia Materna
  - Sean dados de alta con Lactancia Materna exclusiva
  - Sean contactados con consultorios o redes de apoyo a la Lactancia Materna al alta hospitalaria
- ✓ **Planta Física:** Idealmente contará con una oficina, una sala de

---

8. Las notificaciones se realizan ingresando a [www.snvs.msal.gov.ar/desarrollo](http://www.snvs.msal.gov.ar/desarrollo)

espera, un área de preparación e higiene materna, un espacio de extracción, y un espacio para la manipulación, fraccionamiento y guarda de la leche extraída

- ✓ **Equipamiento e insumos:** será indispensable que estos centros dispongan de extractores manuales y eléctricos de leche, heladeras, freezers, agua caliente y fría, calefacción y refrigeración, sillas para las madres, jabón y toallas descartables entre otros elementos indispensables para el buen funcionamiento del mismo
- ✓ **Recursos Humanos:** Nutricionistas, enfermeras, auxiliares entrenados
- ✓ **Normas y Procedimientos:** Para el trabajo en estos centros se prevé la realización de manuales y normas de procedimientos que servirán como base para el desempeño en estas Maternidades. En todo caso, cada Maternidad podrá elevar los requisitos por encima de lo propuesto por este Ministerio

#### **d) CONSEJERÍAS EN SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE**

La consejería es siempre una acción de promoción de la salud y de educación, simultáneamente. Su efectividad requiere de un total alcance poblacional, (individuos y grupos) y su eficacia requiere de la información actualizada, oportuna y validada científicamente. A partir de ello, el objetivo de la consejería consiste en posibilitar el acceso gratuito, adecuado, y a tiempo, a los medios necesarios para ejercer el derecho a una elección autónoma e informada acerca de la salud. Sin dudas, es una forma de intervención multidisciplinaria, integral y multifactorial que llevan a cabo centros específicos con personal especializado, los proveedores de servicios (a través de sus equipos de salud, en sus distintos niveles de atención) y las agencias y actores sociales de la comunidad (en forma conjunta con los anteriores) en acciones educativas y de promoción de la salud.

Una meta a alcanzar consiste en poner los esfuerzos en la población a fin de que, en la práctica, puedan diferenciarse claramente lo que son los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos.

A saber:

Los Derechos Sexuales son aquellos que incluyen el derecho de las personas a tener control sobre su sexualidad y a decidir libremente en materias relacionadas con ella. Significa tener derecho al placer sexual, al ejercicio de la sexualidad, a tomar decisiones sobre con quien, cuando y como disfrutar de su sexualidad, con pleno respeto por la integridad física, psíquica y moral.

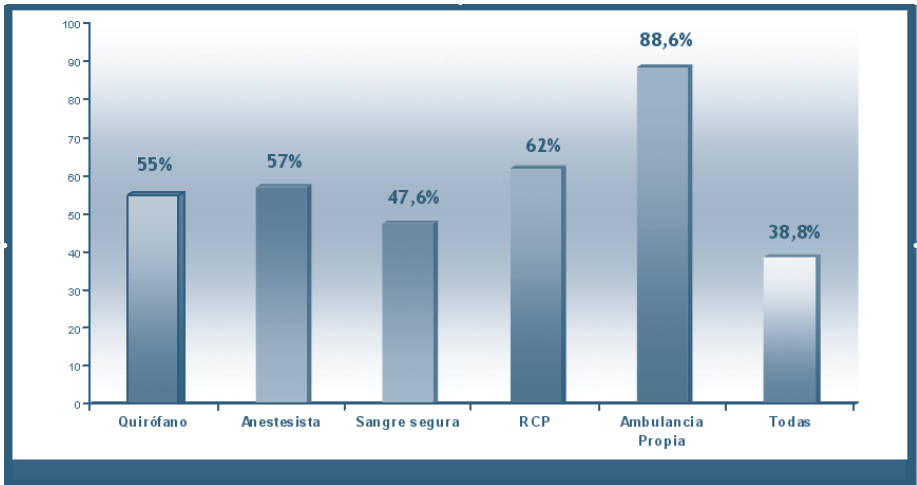
Por su parte, los Derechos Reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, disponiendo de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. Además, incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacción ni violencia.

Las consejerías apuntan a ser la herramienta esencial que permitirá concretar, en tiempo y forma, tales derechos en la práctica de manera que cada ciudadano pueda gozar plenamente de sus derechos, disfrutar de su sexualidad, planificar la reproducción y decidir libremente de forma conciente, deliberada e informada.

## ■ 2) CUMPLIMIENTO Y MONITOREO DE LAS CONE

En la idea de fortalecer las maternidades seguras, un aspecto fundamental en tal sentido, lo constituye el cumplimiento de las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE), por ser un requisito esencial que deberían cumplir todas las maternidades y neonatologías del país. Aunque sabemos que no es una condición suficiente para garantizar un parto seguro, sin dudas es una condición necesaria para alcanzarlo.

Actualmente, los datos en cuanto al % global de cumplimiento de las CONE, según una encuesta realizada en 768 Maternidades del país (2003-2004), arroja las siguientes cifras:



Es evidente por lo que traducen estas cifras, que son pocas las maternidades que cumplen con las condiciones de “maternidades seguras”. Cuánto menos partos tiene una maternidad, mayor es la probabilidad de que no se cumpla con las condiciones obstétricas y neonatales esenciales.

### ■ 3) REGIONALIZACIÓN

La neonatología, como especialidad de alta complejidad, surge a partir de la década del ‘70. Las primeras unidades aparecieron en Estados Unidos, en California, vinculadas a centros de investigación en fisiología cardiopulmonar.

A partir de esta experiencia, se generaliza el concepto de que la recepción y el cuidado de los recién nacidos sólo puede hacerlo el especialista en recién nacidos: el neonatólogo.

En la Argentina la especialidad se difunde a partir de la década del ‘80 con la aparición de las primeras unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Desde ese momento empieza a generalizarse la idea de que sólo se puede tener una maternidad si se tiene una UCIN que se haga cargo de los pacientes de Alto Riesgo.

En los primeros años, el atractivo de una especialidad nueva y pujante permitió la creación de residencias y dotó al sistema de neonatólogos. Esto duró relativamente poco y desde mediados de la década del '90 se ha visto una progresiva disminución en el número de aspirantes a las residencias de neonatología (que es una residencia post básica).

Parte de esta disminución se da como consecuencia de la particular organización del sistema de salud. Los profesionales neonatólogos se dedican a hacer guardia. Contratan por un número de horas, 24, 35, 40, que en la mayoría de los casos incluye las horas de guardia. Para poder tener un ingreso adecuado a las expectativas, estos médicos hacen varias guardias por semana en distintos servicios – y distintos efectores – alternando entre el sector público y el privado. Estos profesionales, altamente capacitados, ven un futuro de guardias que no ofrece una perspectiva atractiva de crecimiento y progreso y sí una de progresivo desgaste físico acompañado de una pobre calidad de vida. El recurso, por lo tanto, escasea y esta escasez seguirá en aumento.

El número de UCIN ha crecido desordenada y geoméricamente. Y el recurso humano, que evidenció un notable aumento al principio, ha decrecido en los últimos años. La consecuencia es que hay una sobreoferta de UCIN con un déficit de personal médico.

Como ejemplo, dentro del sector público, en la CABA en 20 cuadras a la redonda existen 4 efectores que atienden Neonatos: Los Hospitales de Niños, de Clínicas, Rivadavia y Fernández. Entre los 3 últimos no llegan a la mitad de los partos de la Maternidad Sardá. Entre los 4 juntan 9 neonatólogos por día de guardia, cuando la Maternidad Sardá tiene 3. La situación con enfermería no es mejor. A la escasez generalizada de enfermeras en el sistema de salud, se suma la fragmentación en la oferta de servicios. Habría interesantes ejemplos que agregar de los mismos centros públicos antes mencionados.

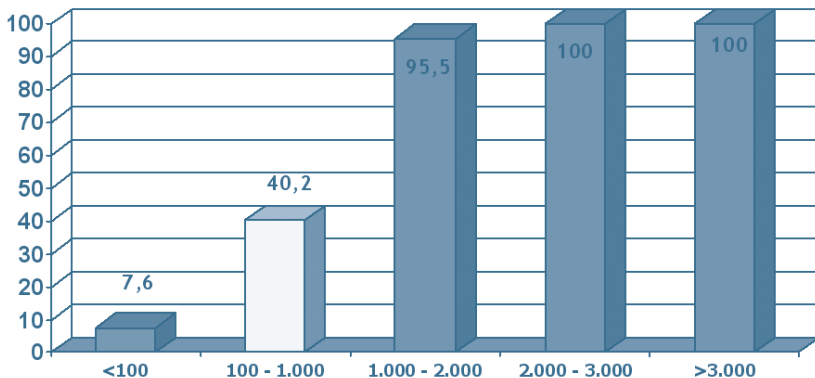
Los partos de bajo riesgo no necesariamente deben ser atendidos por neonatólogos. Deben ser atendidos por personal que esté capacitado para la emergencia y que tenga vinculación geográfica regional con centros de alta complejidad que puedan resolver las situaciones derivadas

de imprevistos. Los partos de alto riesgo deben – necesariamente – derivarse a centros que tengan la complejidad y la experiencia necesaria para manejar tanto los partos complicados, como a los recién nacidos complejos.

Por otro lado, hay evidencia internacional suficiente que confirma que los servicios de maternidad con pocos partos, tienen peores resultados, aún cuando tenga profesionales idóneos y bien formados, equipamiento a disposición y buena enfermería.

En la Argentina, actualmente, nos encontramos con el siguiente panorama<sup>9</sup>:

**% de cumplimiento de las CONE, según N° de partos anuales, en 768 Maternidades (2003 – 2004)**



Asimismo, podemos señalar que casi la mitad de las Maternidades públicas del país (45,7%) asisten entre 100 y 1.000 partos anuales. Estas maternidades, alguna de las cuales tienen UCIN adjuntas, no pueden tener la suficiente experiencia en el manejo de los niños de alto riesgo que se requiere para asegurar buenos resultados. Pero además resulta casi imposible dotarlas del personal necesario para asegurar una atención correcta y el costo por parto se dispara enormemente haciendo que además de inseguras, sean poco eficientes.

9. Encuesta de Evaluación de 768 Maternidades del país – Argentina – (2003 - 2004)

El cuadro siguiente, en el que se incluyen unidades tanto del sector público como del privado, compara el escenario en la República Argentina con la situación en otros países que registran mejores resultados en lo referente a sus cifras de mortalidad Infantil y Materna derivados, posiblemente, de una política de salud más acorde a las necesidades sanitarias y a la lógica del uso eficiente de los finitos recursos del sector salud.

PAIS	Habit. (Millones)	N ° UCIN	Hab. x ucín	MI	MN
Argentina	38	900	42.000	13	8.5
Chile	16	28	536.000	8	5
Canadá	32	22	1.450.000	4	3
Usa	300	600	500.000	6	4
R. Unido	61	155	400.000	5	3

Con esta lógica, Argentina debería tener entre 26 (1/1,45 Millones) y 95 (1/400.000).

Esta preocupante cifra de 900 unidades es la consecuencia del crecimiento anárquico del sistema, y es particularmente evidente dentro del subsistema privado y de la seguridad social. Estos efectores, durante las décadas del '80 y del '90, requirieron de la presencia de una UCIN para posicionarse frente a la competencia sectorial por los pacientes de este subsistema. Además el cuadro se agrava porque al no haber suficiente personal de salud no médico – entrenado en la recepción del recién nacido – los obstetras requieren imperativamente de la presencia de un neonatólogo para todos los partos y no solo para aquellos de alto riesgo.

Sin dudas, hay falencias y deficiencias en el diseño del sistema que deben ser replanteadas y una política pública consensuada y correcta sería repensar una adecuada implementación de la Regionalización y Centralización de las maternidades más grandes del país.

La única manera de hacer un uso racional del escaso recurso humano, asegurar que el equipamiento se use correcta y eficientemente (y así mejorar los resultados perinatales) es REGIONALIZAR LA ATENCIÓN de manera que NO haya unidades en las cuales el censo diario sea inferior a los 15 pacientes por día.

En los encuentros CO.FE.SA., el planteo quedó zanjado y el Ministerio de Salud de la Nación comprometió sus esfuerzos en brindar el apoyo y sustento político a todas provincias y sus pares en las carteras de salud, a fin de concretar la regionalización del sistema sanitario, en sus niveles de complejidad y hospitalarios. En consecuencia, las autoridades provinciales y nacionales se comprometen en evaluar, monitorear y decidir, en base a los resultados, necesidades y características provinciales, la calidad y cantidad de instituciones necesarias y los niveles de complejidad requeridos, dando forma a la regionalización de maternidades y unidades de cuidados intensivos neonatales en el sistema público como privado<sup>10</sup>.

#### **4) REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

El Sistema de Salud actual, en todas las provincias, está integrado por centros de salud y hospitales de diferente complejidad.

Si bien los centros de salud reconocidos por la comunidad, constituyen el primer nivel de atención y contribuyen a disminuir las barreras existentes, es necesario organizar el segundo nivel de atención, el hospital local de referencia, para asistir a los pacientes referidos para interconsulta, tratamiento especializado o urgencia.

A pesar de que se utiliza la estrategia de atención primaria de la salud y la implementación de los sistemas locales, la organización de la referencia y contrarreferencia entre los centros de salud y el hospital local no se logra eficazmente y es una de las asignaturas pendientes de los sistemas

---

10. En este marco, una herramienta como la Categorización Habilitante aparece esencial.

de salud. Las redes se encuentran (aún en aquellas provincias en las que las zonas sanitarias se hallan establecidas) desorganizadas.

El objetivo general consiste en organizar un sistema de referencia y contrarreferencia inserto dentro del sistema de salud que dé una respuesta suficiente y oportuna a las necesidades de atención de la población.

Objetivos específicos:

- Implementar redes de referencia-contrarreferencia para emergencias, internación e interconsultas, con turnos programados
- Fortalecer la red de comunicación y transporte a fin de evitar el desplazamiento innecesario de la comunidad
- Organizar redes de servicios intermedios para exámenes complementarios: tomas descentralizadas de muestras de laboratorio, PAP y colposcopia, de Diagnóstico por Imágenes (Ecografía y Radiología) con turnos programados en los efectores correspondientes.
- Para ello se hace necesario generar acuerdos entre:
  - Las instancias institucionales (nacionales, provinciales, municipales, regionales, etc.) con decisión política
  - Las instancias operativas (directores de hospitales, responsables de área programática, jefes de servicios hospitalarios involucrados y responsables de Centros de Salud, integrantes del sistema local, entre otros)

La propuesta nacional consiste en establecer un Modelo de Referencia y Contrarreferencia, articulando con los Hospitales Garrahan y Posadas<sup>11</sup>, en pediatría y obstetricia, respectivamente. Se prevé que la oficina provincial central de referencia y contrarreferencia pueda articular con las oficinas de los efectores antes mencionados para casos que requieran intervenciones específicas en el nivel nacional central.

---

11. Los centros mencionados son algunos de los ejemplos, pero sin dudas se integrará al modelo cualquier efector, público o privado, nacional o provincial, que pueda proporcionar de conocimiento, capacitación y apoyo al modelo citado.

## D) EVALUACIÓN Y CAPACITACIÓN EN SERVICIO

De la evaluación<sup>12</sup>, surgen datos preocupantes referidos al nivel organizativo y operativo, en los cuales habría que poner todos los esfuerzos para revertir.

A saber:

- EL MENOR PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO (68,7%) SE OBSERVÓ EN RR-HH.
- EL 37% NO REALIZA ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN CONTINUA CON EL EQUIPO DE SALUD.
- EL 42% TIENE PROBLEMAS DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO.
- EL 79% NO CUENTA CON RESIDENCIA PARA OBSTÉTRICAS Y EL 40% NO CUENTA CON RESIDENCIA DE TOCOGINECO.
- EL 51,2% NO REALIZA AMEU PARA LEGRADOS UTERINOS.
- EL 42% NO CUENTA CON NORMAS DE CONTROL PARA INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS Y BIOSEGURIDAD
- EL 48,8% NO CUENTA CON SERVICIO DE ECOGRAFÍA DE GUARDIA LAS 24 HS.

Estos datos son particularmente interesantes, ya que son producto de una auto-evaluación y no de un proceso de auditoría externa que permita la acreditación para el funcionamiento específico.

Para lograr una adecuada jerarquía del recurso público en salud se requerirá de un proceso conjunto de evaluación y acreditación. Además, en primer lugar, será menester poner en funcionamiento todos los recursos de capacitación disponibles que permitan una reorganización de los efectores para mejorar los procesos administrativos y asistenciales internos.

En segundo lugar, se deberá jerarquizar y recategorizar los recursos humanos provinciales y nacionales e implementar un mecanismo de

12. Encuesta de Evaluación de 768 Maternidades del país – Argentina – (2003 - 2004).

ingreso y permanencia para los nuevos actores que se vayan incorporando al sistema sanitario nacional (Promotores comunitarios, Obstétricas, Enfermeras, entre otros). Además de estos mecanismos, y para lograr un sustancial cambio en la actividad asistencial, las provincias y los servicios, con la ayuda de técnicos y de Nación – cuando fuera necesario – deberían rediseñar la planta de recursos humanos de cada efector público para asegurar que se le brinda a la población el mejor servicio posible y de acuerdo con los estándares nacionales e internacionales diseñados para lograr los mejores resultados en salud. Esto es particularmente necesario ya que según la encuesta antes mencionada, casi el 69 % de los efectores incluidos en este análisis reportan NO contar con personal adecuado a las necesidades de las instituciones.

En tercer lugar, se deberá promover un sistema que permita implementar la capacitación continua en servicio, para todos los recursos humanos a fin de mantener actualizado el trabajo y desempeño de los equipos de salud, en pos de una mejor y mayor calidad en la atención.

Sin dudas, el desafío a realizar es complejo y arduo, pero la voluntad política, asentada en los encuentros del CO.FE.SA., además del manifiesto apoyo de los equipos territoriales provinciales, serán esenciales para generar los cambios necesarios.



## E) COMUNICACIÓN

### Introducción

*“No es suficiente que una reforma, innovación, proyecto o programa esté bien diseñado y financiado. Es necesario, además, que sea bien comunicado, que movilice voluntades y deseos”*

El Plan presente se ha sido concebido desde una concepción de la comunicación como un espacio de producción de sentidos sociales, 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.

Esto implica cambios sustanciales para el campo de la comunicación, la labor de las/os comunicadores y la de los organismos gubernamentales y comunidades involucradas en estrategias de comunicación como la del presente plan. La comunicación deja de ser un “instrumento al servicio de”, para convertirse en una “dimensión estratégica” en la reducción de la morbi-mortalidad materno infantil.

En este sentido, el Plan Estratégico de Comunicación 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 que resultaban un obstáculo para evitar la muerte materno infantil, lograr que los ciudadanos y ciudadanas sean más sensibles a ciertos temas e impulsar la participación de los excluidos de la conversación pública.

La comunicación es un proceso mediante el cual se crea y estimula el diálogo, la discusión, la toma de conciencia sobre la realidad social, la propia identidad cultural, la confianza, el consenso y el compromiso entre las personas. Debe llegar, a través de los diversos medios de comunicación, no solamente a los efectores, sino a los hogares, las escuelas y otros espacios de circulación de la población (vía pública, comercios, espacios de recreación, etc.) Esto implica por un lado la utilización de los medios masivos de comunicación, pero también los medios comunitarios (municipales, regionales, barriales, de bajo alcance), la utilización de los lugares como salas de espera como espacios de comunicación y un fuerte impulso a lo que tiene que ver con las consejerías y los talleres. La comunicación será responsable de crear sentidos con el fin de que las propuestas resuenen en cada una de las audiencias a alcanzar.

Destinatarios:

El Plan está dirigido a la población general y las mujeres en edad fértil en forma particular. Asimismo, se ha incluido entre los destinatarios a los equipos de salud de los diversos niveles y a las/os promotores y agentes de salud.

## Ejes Principales:

El Plan de comunicación debe desarrollar una estrategia comunicacional para informar, sensibilizar y fomentar la participación ciudadana. En este sentido se considera que el Plan estará sostenido por dos pilares que guían y sostienen las diferentes acciones y estrategias comunicacionales propuestas:

- Acceso a la Información
- Sensibilización de la población

El acceso a la información es un derecho, que permite entre otras cosas que las personas puedan tomar decisiones en relación a su salud. Es necesario asegurar que la información sobre derechos y recursos llegue a toda la población, en particular a aquellos sectores sociales más vulnerables.

Se trata de, a través de la información, aportar a la promoción de la salud de la población, proporcionando herramientas que permitan mejorar su salud y el control que ejercen sobre la misma y la de su familia y comunidad.

El acceso a la información facilita que los individuos y las comunidades puedan desarrollar una participación concreta en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la puesta en marcha de estrategias para alcanzar un mejor nivel de salud.

Para que la información llegue, debe estar presentada de manera clara, en un lenguaje accesible y adecuado y diferenciado según las prácticas culturales de cada comunidad y población destinataria.

En este sentido se prevé el diseño de un plan que incluya la difusión de mensajes comunes a través de los medios masivos, pero también la difusión de mensajes particulares para cada comunidad.

Con este Plan se propone que la población:

- Reciba la información adecuada que le permita estar atenta/os a los factores de riesgo para su propia salud y la de su familia y entorno.

- Pueda ampliar el conocimiento sobre la necesidad de realizar controles prenatales periódicos, precoces e integrales.
- Se apropie de los espacios de consejería y consulta. Conozca que puede contar con ellos a la vez que ejerce el derecho a recibirlos.
- Acceda a la información sobre los diferentes métodos anticonceptivos, las características de cada uno, los controles que requieren, su gratuidad, etc.
- Conozca sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos.

#### Acciones de comunicación:

1. 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 (Maternidad e Infancia, Adolescencia, Salud Sexual y Reproductiva, Plan Nacer, etc.) a fin de coordinar las acciones y realizar el necesario seguimiento y monitoreo sobre las Campañas y demás acciones comunicacionales desarrolladas.
2. Material que acompañe las estrategias de captación y acompañamiento del embarazo.
3. Talleres de comunicación comunitaria: formación de agentes y promotores sanitarios en las nociones básicas de la comunicación comunitaria con el fin de que cuenten con herramientas adecuadas para comunicar a las comunidades de pertenencia las nociones básicas para la promoción y prevención de la salud.
4. Armado de material de apoyo –guías- que brinden herramientas para el trabajo de los agentes sanitarios.
5. Material informativo que acompañe las capacitaciones en el auto-examen y auto-cuidado de la salud y el cuidado comunitario.
6. Material para obstétricas.
7. Material para la mamá que sale de la maternidad.
8. Material sobre los Centros de Lactancia Materna

9. Material para las Consejerías en Salud Sexual y Procreación Responsable
10. Campaña Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil (spots de radio y televisión).
11. Campañas Locales.
12. Página web / Red de Comunicadores en Salud.

## II. SINÓPSIS DE LA PROPUESTA

UNIDAD EJECUTORA

SIP GESTIÓN

FONDOS PLAN NACER

### a.1 NIVEL DE ATENCIÓN

- Prevención y promoción
- Búsqueda Activa – Captación temprana de la embarazada
- Control prenatal adecuado y de calidad
- Optimización de RR.HH. e Incorporación de nuevos actores

### a. 2° - 3° NIVEL DE ATENCIÓN

- i.** Maternidades seguras
  - 1.Consultorio de Alta Conjunta
  - 2.Consultorio de Alto Riesgo
  - 3.Centros de Lactancia Materna
  - 4.Consejerías en Salud Sexual y Procreación Responsable
- ii.** Regionalización
- iii.** Cumplimiento y Monitoreo de las CONE
- iv.** Referencia y Contrarreferencia
- v.** Capacitación en servicio

## PLAN DE COMUNICACIÓN – CAMPAÑAS NACIONALES

# ANEXO

## **ACUERDO FEDERAL DE SALUD**

En la Ciudad de Buenos Aires, en el Circolo Italiano di Buenos Aires a los 18 días del mes de Diciembre del año 2008, entre el Ministerio de Salud de la República Argentina representado en este acto por la Sra. Ministra de Salud, Lic. María Graciela OCAÑA, por una parte, en adelante el “MINISTERIO”, con domicilio en Av. 9 de Julio N° 1925, y el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires representado en este acto por el Sr. Ministro Dr. Claudio ZIN, el Ministerio de Salud y Acción Social de la Provincia de Catamarca representado por el Sr. Ministro Dr. Juan Carlos FERREYRA, el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba representado por el Sr. Ministro Dr. Oscar GONZALEZ, el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Corrientes representado por el Sr. Ministro Dr. Adolfo SCHNEIDER, el Ministerio de Salud Pública de la Provincia del Chaco representado por la Sra. Ministra Lic. Sandra MENDOZA, la Secretaría de Salud de la Provincia del Chubut representado por la Sra. Secretaria Dra. Graciela DI PERNA, el Ministerio de Salud y Acción Social de la Provincia de Entre Rios representado por el Sr. Ministro Dr. Angel GIANO, el Ministerio de Desarrollo Humano de la Provincia de Formosa representado por el Sr. Ministro Dr. Aníbal Francisco GOMEZ, el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires representado por el Sr. Ministro Dr. Alfredo Jorge LEMUS, el Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy representado por el Sr. Ministro Dr. Víctor URBANI, el Ministerio de Bienestar Social de la Provincia de La Pampa representado por la Sra. Ministra Dra. Cristina REGAZZOLLI, el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de La Rioja representada por el Sr. Ministro Dr. Gustavo GRASSELLI, el Ministerio de Salud de

la Provincia de Mendoza representado por el Sr. Ministro Dr. Aldo S. SARACCO, el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones representado por el Sr. Ministro Dr. José GUCCIONE, el Ministerio de Salud y Seguridad Social de la Provincia del Neuquén representado por el Sr. Ministro Daniel VINCENT, el Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro representado por la Sra. Ministra Dra. Cristina L. URIA, el Ministerio de la provincia de Salta representado por el Sr. Ministro Dr. Alfredo Elio Qüerio, el Ministerio de Salud de la Provincia de San Juan representado por el Sr. Ministro Dr. Oscar BALVERDI, el Ministerio de Salud de la Provincia de San Luis representado por la Sra. Ministro Cdora. Lucía Teresa NIGRA, el Ministerio de Asuntos Sociales de la Provincia de Santa Cruz representado por el Sr. Ministro Dr. Jorge MASCHERONI, el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe representado por el Sr. Ministro Dr. Miguel A CAPPIELLO, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Provincia de Santiago del Estero representado por el Sr. Ministro Dr. Franklin José MOYANO, el Ministerio de Salud de la Provincia de Tierra del Fuego representado por la Sra. Ministra Dra. María GRIECO y el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Tucumán representado por el Sr. Ministro Dr. Pablo YEDLIN en adelante, “LAS PROVINCIAS Y EL GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES”, se suscribe el presente “ACUERDO FEDERAL DE SALUD”

**CONSIDERANDO:**

Que en el marco del Encuentro del Consejo Federal de Salud (CO.FE.SA), los ministros de las 24 jurisdicciones nacionales junto a la ministra de salud de la nación, en base a trabajos y conclusiones elaboradas y consensuadas en anteriores encuentros del CO.FE.SA. acuerdan en firmar la siguiente declaración de acciones en torno al

sistema sanitario nacional.

Que las partes reafirman la importancia de jerarquizar las políticas sanitarias, elaboradas y consensuadas en base a las conclusiones desarrolladas en el último CO.FE.SA. (realizado los días 21 y 22 de Noviembre de 2008) sentando las bases del Plan estratégico para la reducción de la Mortalidad Materna e Infantil.

Que con el fin de optimizar y mejorar la calidad, cobertura y atención del sistema de salud nacional, brindado mejores servicios y prestaciones médicas y no médicas, desarrollando un sistema sanitario provisto de una salud pública integrada, integral y equitativa a todos los ciudadanos.

Que a sabiendas de los actuales índices de mortalidad materna e infantil, los abajo firmantes asientan el compromiso de llevar adelante el Plan Estratégico que se sustenta en las siguientes acciones políticas y técnicas:

**CLAUSULA PRIMERA: Creación de la Unidad Ejecutora Central (UEC) a nivel nacional y provincial:**

La UEC se plantea como el cuerpo encargado de proveer de insumos y asistencia técnica a los titulares de las carteras de salud de las provincias y nación. Será el órgano consultor de cada ministro provincial que, por sus rasgos e integrantes, conformará un equipo de trabajo capaz de formular e implementar políticas de fondo, que revistan de la integralidad, multidisciplinariedad y calidad necesarias.

**CLÁUSULA SEGUNDA: Desarrollo e Implementación de una herramienta de Nominalización Nacional – Sistema Informático Perinatal (SIP):**

La nueva propuesta SIP, utilizando y enriqueciéndose a través de la experiencia y los servicios provistos por el CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología), consistirá en consensuar entre los niveles nacionales y provinciales, las variables elegibles (por su preponderancia) a fin de ser monitoreadas, reportadas y analizadas de manera constante. La elección de un número determinado de variables, permitirá agilizar los tiempos de envío provincial y, posterior, devolución nacional, con el aporte detallado de un análisis de los datos a nivel intra e inter-provincial, de manera de forjar un panorama nacional de los comportamientos y tendencias en la materia.

**CLÁUSULA TERCERA: Re-direccionamiento provincial en la utilización de los Fondos del Plan Nacer**

En la actualidad, el direccionamiento provincial en el uso de los fondos del Plan Nacer es, sin dudas, pasible de correcciones, sobre todo en lo que concierne al Nomenclador (el apartado Comunidad), cuyas prácticas son esenciales a los fines estratégicos del plan, pero cuyo porcentaje actual de financiamiento es inferior al 10%, presentando grandes disparidades entre provincias.

La voluntad y el compromiso de los ministros de salud provinciales y nacionales, sustentado en la sub-optimización de tales gastos, se asentó en la evaluación y replanteo de tal direccionamiento a fin de poder incrementar, según dicten las autoridades provinciales, el porcentaje destinado actualmente a tales prácticas.

A nivel operativo las acciones consensuadas establecen:

### **CLAUSULA CUARTA: Primer Nivel de Atención**

- En el primer Nivel de Atención se establece como prioridad:
  - Promover la Prevención, Promoción y Participación individual y comunitaria en la construcción de salud pública.
  - Desarrollar e Implementar estrategias para la búsqueda activa de las embarazos y el acompañamiento de la población infantil.
  - Recursos Humanos: Optimizar la estructura organizativa actual e incorporar nuevos agentes sanitarios al sistema.

### **CLAUSULA QUINTA: Segundo y Tercer Nivel de Atención**

- En el segundo y tercer Nivel de Atención se establece como prioridad:
  - Desarrollar y fortalecer la implementación de las Maternidades Seguras, a través de 4 herramientas esenciales:
    - a. Consultorio de Alta Conjunta (CAC)
    - b. Consultorio de Alto Riesgo
    - c. Centros de Lactancia Materna (CLM)
    - d. Consejerías en Salud Sexual y Procreación Responsable

- Garantizar el cumplimiento y monitoreo de las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE)
- Desarrollar e Implementar la Regionalización y Centralización de maternidades y neonatologías, según las condiciones y requerimientos de cada provincia.
- Desarrollar un adecuado y correcto sistema de derivaciones, implementando la Referencia y Contrarreferencia entre los distintos niveles de atención.
- Promover y fortalecer la Capacitación en servicio de los recursos humanos del sistema, mejorando los equipos de salud provinciales y nacionales.
- Desarrollar un Plan Estratégico de Comunicación (Elaborar estrategias de difusión nacional y provincial de las distintas acciones desarrolladas, promoviendo campañas de alcance nacional, articulando con los medios de comunicación del estado y los distintos emprendimientos comunicacionales comunitarios actualmente implementados en las provincias).

Se firman 25 ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto en el lugar y fecha indicados en el encabezamiento.



Plan Estratégico  
para la Reducción de la Mortalidad Materna  
y la Mortalidad Infantil 2009 – 2011

Mayo 2009