

La salud neonatal y embarazo.

Prof. Dra. Marta Teresa Fracapani*

Introducción:

Desde hace mucho tiempo la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), entre otros organismos internacionales nos han señalado caminos a recorrer que aún no hemos transitado, otros que estamos intentando hacerlo, con otros hemos llegado a destino y con esperanza intentamos seguir con los que nos faltan. A nivel local, todos y cada uno de nosotros deberemos responder por lo que “debemos” hacer.

Queremos destacar algunos de los hitos o hechos portadores de futuro que nos han guiado.

Marco internacional

En el **Informe de la OMS sobre la salud en el mundo 2005** se señala: ¡Cada madre y cada niño contarán! Se refería que en ese año casi 11 millones de niños menores de 5 años iban a fallecer por causas en gran medida prevenibles. De ellos, 4 millones no vivirían más de un mes. Al mismo tiempo, más de medio millón de mujeres morirían durante el embarazo o el parto, o poco después. El informe advierte que, si se desea reducir ese enorme tributo en consonancia con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, es necesario garantizar a cada madre y a cada niño el derecho a acceder a la atención sanitaria desde el embarazo, pasando por el parto y el periodo neonatal, hasta la niñez.¹

En el **Informe de OMS 2008**, se reorienta claramente el interés hacia la atención primaria de la salud para responder a las demandas de los Estados de normas para conseguir unos sistemas de salud más equitativos, integradores y justos. También para lograr una perspectiva más integral sobre la eficacia del conjunto del sistema de salud. En ese año se conmemoraba el 60º aniversario de la OMS y el 30º aniversario de la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de la Salud, de 1978. La Dra. Margaret Chan afirma “que si bien el contexto sanitario mundial ha sufrido grandes cambios, en el tiempo transcurrido, los valores centrales de la Constitución de la OMS y los que dieron forma a la Declaración de Alma-Ata han superado la prueba de la realidad y siguen siendo válidos. Sin embargo, pese a los enormes progresos de la salud en el plano mundial, los fracasos colectivos a la hora de materializar esos valores son demasiado obvios. Posibles ejemplos son esa madre con complicaciones del parto pero sin acceso a asistencia cualificada, ese niño que no recibe las vacunas esenciales que debería, o tantos habitantes de viviendas precarias sumidos en la miseria y el empobrecimiento que causan los pagos del propio bolsillo entre quienes carecen de seguro médico. Estas y muchas otras realidades de la vida diaria reflejan deficiencias inadmisibles y evitables que disminuyen la eficacia de los sistemas de salud.”

* Directora Maestría en Bioética, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo (Argentina)

¹ Organización Mundial de la Salud Informe sobre la salud en el mundo 2005: ¡cada madre y cada niño contarán!

En el informe se plantean 4 sistemas de reformas:

- *reformas en pro de la cobertura universal* que garanticen que los sistemas de salud favorezcan la equidad sanitaria, la justicia social y el fin de la exclusión, dando prioridad al acceso universal y la protección social en salud;
- *reformas de la prestación de servicios* que reorganicen los servicios de salud en función de las necesidades y expectativas de la población, para hacerlos más pertinentes socialmente y más sensibles a los cambios que experimenta el mundo, y que propicien al mismo tiempo mejores resultados;
- *reformas de las políticas públicas* que mejoren la salud de las comunidades mediante la integración de las intervenciones de salud pública y la atención primaria, la aplicación de políticas públicas saludables en todos los sectores y el fortalecimiento de las intervenciones de salud pública transnacionales; y
- *reformas del liderazgo* que sustituyan la exagerada dependencia de los sistemas de mando y control por un lado, y el *laissez-faire* del Estado, por otro, por un liderazgo integrador, participativo y dialogante capaz de afrontar la complejidad de los actuales sistemas de salud. Aunque de aplicación universal, esas reformas no constituyen un modelo para la acción. Las medidas requeridas para hacerlas realidad en cada país deben establecerse en función del contexto y las condiciones específicas y a partir de la mejor evidencia disponible. Sin embargo, no hay razón alguna para que los países, ricos o pobres, demoren sus primeras iniciativas en pro de esas reformas. últimas décadas.²

En Washington, D.C., EUA, del 17 al 21 de septiembre del 2012, se realizó la **28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana. 64.^a Sesión del Comité Regional OPS-OMS.2012³⁻⁴**

El documento conceptual denominado Bioética: *Hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud* constituye otro de los hitos que queremos destacar.

Este documento muestra la importancia de integrar las consideraciones éticas en las políticas de salud, la atención médica y la investigación con seres humanos, relacionadas con la salud y en el desarrollo y la adopción de nuevas tecnologías que tienen una repercusión sobre la salud.

² Informe sobre la salud en el mundo 2008: *La atención primaria de salud, más necesaria que nunca.*

³Organización Panamericana de la Salud. Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 [Internet]. Presentada por los Ministros de Salud de las Américas en la ciudad de Panamá en el marco de la XXXVII Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos; junio del 2007 Washington (DC): OPS; 2007 [consultado el 3 de abril del 2012]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Agenda_de_Salud.pdf

⁴ Fracapani MT. *Dimensiones Sociales en Ética Global. Nuevas perspectivas en educación en Bioética* Acta Bioethica 2013; 19 (2): 229-239

Anteriormente, en Panamá en junio de 2007, se había presentado otro instrumento político, que orienta la elaboración de futuros planes nacionales de salud y los planes estratégicos de todas las organizaciones interesadas en la cooperación en materia de salud con los países de las Américas. Esta **Agenda de Salud para las Américas (2008-2017)** había resaltado la importancia de promover la bioética: “La bioética tiene que difundirse y aplicarse más en los países de las Américas, para resguardar la calidad de la investigación y el respeto a la dignidad de las personas, salvaguardar la diversidad cultural y la aplicación de los conocimientos en salud, así como su aplicación en la toma de decisiones en salud pública.”⁵

Entre los antecedentes de la 28ª Conferencia Sanitaria Panamericana, se hace referencia a la fecunda acción desarrollada por el Programa Regional de Bioética de la OPS que se estableció en 1993 en Santiago (Chile), con la misión de cooperar con los Estados Miembros de la Organización y sus entidades públicas y privadas en el desarrollo conceptual, normativo y aplicado de la bioética en sus relaciones con la salud. El Programa inició sus actividades en 1994, en el marco de un convenio entre la OPS, la Universidad de Chile y el gobierno chileno generando una masa crítica de personas entrenadas en bioética, con énfasis en la ética de la investigación.

En el punto 9, se señala algo que parece importante reproducir porque ilumina caminos a seguir: “El Programa Regional de Bioética ha fortalecido principalmente el desarrollo académico de la disciplina. Persiste, sin embargo, una brecha entre los académicos formados en bioética y los responsables de la toma de decisiones y los profesionales de la salud que lidian directamente con los problemas que son objeto de la bioética. La incorporación de la bioética en la formulación de políticas públicas sanitarias todavía constituye un desafío pendiente en la Región. A pesar de contar con personas formadas en ética de la investigación, hay Estados Miembros que todavía no disponen de un marco normativo y regulatorio para la investigación con seres humanos, ni de pautas y mecanismos para abordar los problemas éticos que surgen en la atención de la salud”.

También se afirma que no todas las acciones orientadas a la mejora de la salud son éticamente aceptables. Más aún, la actividad de salud pública no es éticamente neutra, sino que implica juicios de valor sobre lo correcto y lo justo. Para incorporar la ética en el ámbito de la salud hay que identificar y analizar los criterios y principios éticos en juego; estos pueden ser varios e incluso entrar en conflicto. No es posible suponer sencillamente que las distintas actividades y políticas que buscan mejorar la salud son aceptables desde el punto de vista ético sin antes haber realizado un análisis fundamentado en la bioética. Tampoco es posible suponer que los marcos legales son suficientes para elucidar o resolver todos los conflictos éticos. La ley es fundamental para determinar los estándares mínimos que deben respetarse. Lo requerido por la ley es, sin embargo, solo una de las dimensiones del actuar ético; la ética con frecuencia dicta acciones que van más allá de lo que requiere la ley. De hecho no es posible ni deseable que la ley cubra todo el espectro de la vida moral de personas o sociedades.

⁵ OPS. *Agenda de Salud para las Américas 2008-2017*, Panamá, 2007.

La bioética debe incorporarse en el trabajo regular de los profesionales de la salud y responsables de las decisiones de política, de modo que las políticas públicas sanitarias se analicen mediante procesos deliberativos que les den fundamento.

A fin de determinar si una política o intervención en salud pública es ética es preciso evaluar si hay evidencia de que: *a)* la intervención es efectiva para lograr los objetivos propuestos; *b)* los beneficios de la intervención para la salud pública superan los daños y cargas que pudieran resultar de la intervención; *c)* el objetivo de salud pública no puede alcanzarse de una manera distinta que implique menos cargas para la población; *d)* la intervención va a resultar en la menor cantidad posible de cargas o efectos adversos; y *e)* las cargas y los beneficios se van a distribuir de manera equitativa, minimizando si es posible injusticias sociales anteriores. Cabe aclarar que en muchas ocasiones estas consideraciones no son suficientes y se hace necesario aplicar otros procesos complementarios. Además, por el imperativo ético de tratar a las personas con respeto, deben utilizarse procedimientos justos, tales como una deliberación pública, para determinar qué cargas son consideradas aceptables por la comunidad en cuestión

Con el objetivo de incorporar la ética de manera sólida y sistemática en las distintas áreas de la salud, el documento conceptual también propone una variedad de mecanismos, que incluyen:

a) Fortalecimiento de las capacidades de bioética:

- enfatizando la aplicación del análisis bioético;
- priorizando a los responsables de las decisiones políticas y al personal de los organismos gubernamentales de salud;
- identificando y evaluando constantemente las capacidades existentes para enfocar las actividades de capacitación en las necesidades específicas de la Región y así proceder eficazmente;
- creando y fortaleciendo las redes nacionales y regionales para elaborar una agenda común que integre los distintos esfuerzos en marcha y así avanzar eficientemente.

b) Apoyo a los países mediante:

- la formulación y ejecución de políticas, planes, programas y regulaciones en las áreas propias de la bioética;
- la incorporación de la bioética en la formulación y ejecución de políticas, planes, programas y reglamentaciones en las distintas áreas de la salud, a fin de garantizar que las políticas, planes, programas y reglamentaciones resultantes sean éticamente sólidos.

Durante la **Asamblea General de las Naciones Unidas de 2015**, celebrada en Nueva York, se presentó la *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030*. La Estrategia es una hoja de ruta para la agenda posterior a 2015, tal como se describe en los Objetivos de Desarrollo Sostenible y tiene como meta acabar con todas las muertes evitables de mujeres, niños y adolescentes, además de crear un entorno en el que estos grupos de población no solo sobrevivan, sino que además se desarrollen y vean transformarse sus entornos, su salud y su bienestar.

En este momento OMS propone como parte de la estrategia mundial para acabar con la mortalidad materna prevenible: resolver las desigualdades en la calidad de los servicios de atención de la salud reproductiva, materna y neonatal y en el acceso a ellos; lograr una cobertura sanitaria universal para una atención integral a la salud reproductiva, materna y neonatal; abordar todas las causas de mortalidad materna, de morbilidad reproductiva y materna y de discapacidades conexas; reforzar los sistemas de salud para recopilar datos de alta calidad a fin de que respondan a las necesidades y prioridades de las mujeres y niñas; y garantizar la rendición de cuentas con el fin de mejorar la calidad de la atención y la equidad.⁶

Otro hito a señalar es el que se produjo en mayo de 2015, cuando la UNESCO, junto con el UNICEF, el Banco Mundial, el UNFPA, el PNUD, ONU Mujeres y el ACNUR, organizaron el **Foro Mundial sobre la Educación 2015 en Incheon** (República de Corea) Más de 1.600 participantes de 160 países, entre los cuales se contaban 120 ministros, jefes y miembros de delegaciones, jefes de organismos y funcionarios de organizaciones multilaterales y bilaterales, así como representantes de la sociedad civil, la profesión docente, los jóvenes y el sector privado, aprobaron la **Declaración de Incheon para la Educación 2030**,⁷ en la que se presenta una nueva visión de la educación para los próximos 15 años. En esta histórica ocasión, se reafirmó la visión del movimiento mundial en pro de la Educación para Todos, que se puso en marcha en Jomtien en 1990 y se reiteró en Dakar en 2000, el compromiso más importante en materia de educación en las últimas décadas, que contribuye a impulsar progresos significativos en el ámbito de la educación.

Se reafirmó también la visión y la voluntad política reflejadas en numerosos tratados de derechos humanos internacionales y regionales en los que se establece el derecho a la educación y su interrelación con otros derechos humanos.

La visión planteada es transformar las vidas mediante la misma, reconociendo el importante papel que desempeña la educación como motor principal del desarrollo y para la consecución de los demás ODS (Objetivos de Desarrollo Sostenible) propuestos. Los participantes se comprometieron con carácter de urgencia con una agenda de la educación única y renovada que sea integral, ambiciosa y exigente, sin dejar a nadie atrás. Esta visión se recoge en el ODS 4 propuesto: “Garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos” y sus metas correspondientes. En esta visión, transformadora y universal, se tuvo en cuenta

⁶ OMS. *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030*.

⁷ UNESCO. Educación 2030. *Declaración de Incheon y Marco de Acción para la realización del Objetivo de Desarrollo Sostenible 4*. 2015.

el carácter inconcluso de la agenda de la EPT y de los ODM relacionados con la educación, y se abordan los desafíos de la educación en los planos mundial y nacional.

La visión se inspira en una concepción humanista de la educación y del desarrollo basada en los derechos humanos y la dignidad, la justicia social, la inclusión, la protección, la diversidad cultural, lingüística y étnica, y la responsabilidad y la rendición de cuentas compartidas. Reafirma que la educación es un bien público, un derecho humano fundamental y la base para garantizar la realización de otros derechos. Es esencial para la paz, la tolerancia, la realización humana y el desarrollo sostenible. Se reconoce que la educación es clave para lograr el pleno empleo y la erradicación de la pobreza. Se centran los esfuerzos en el acceso, la equidad, la inclusión, la calidad y los resultados del aprendizaje, dentro de un enfoque del aprendizaje a lo largo de toda la vida.

La Estrategia de Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) con la Argentina (ECP-Argentina) 2017-2021 representa el trabajo intersectorial bajo el liderazgo del Ministerio de Salud de la Nación en colaboración con la OPS/OMS y refuerza el compromiso del país con la promoción de la salud. El documento refleja una estrategia de mediano plazo de la OPS/OMS y es un valioso ejercicio de planificación ascendente, a través del cual se definen las prioridades locales intersectadas con estrategias y mandatos globales y regionales. La ECP está enmarcada en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y el Marco de Sendai sobre la Reducción de Riesgos de Desastres 2015-2030. Tiene como base el Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS 2014-2019 y el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, el Marco Estratégico de Cooperación del Sistema de Naciones Unidas para el Desarrollo (MECNUD) en Argentina y su Plan de Trabajo 2016-2020 y enfoca la cooperación de la OPS/OMS en las realidades de Argentina y sus prioridades expresada en el Plan de Desarrollo Gubernamental de la nueva gestión política del país iniciada en 2015 y asimismo su nuevo Plan de Salud Nacional. Esta nueva ECP, es el producto de un proceso de diálogo y participación, cuyas prioridades representan el acuerdo alcanzado para promover el derecho a la salud. Las prioridades y las áreas de enfoque buscan avanzar hacia un sistema de salud con acceso y cobertura universal a servicios de calidad; mejorar la gestión de riesgos para la salud derivados del ambiente, el cambio climático, las actividades humanas, así como las amenazas infecciosas, químicas, toxicológicas, nucleares y/o radiológicas; reducir inequidades con enfoque prioritario en áreas geográficas y poblaciones en situación de vulnerabilidad y siguiendo un abordaje integral del curso de vida; enfrentar eficaz y eficientemente los cambios epidemiológicos y demográficos del contexto, en particular las enfermedades o condiciones crónicas no transmisibles y potenciar y facilitar el rol de Argentina en la Cooperación para el Desarrollo Sanitario tanto en la Región como globalmente.

Experiencia nacional

El **Consejo Federal de Salud (COFESA)** es un organismo público creado por la ley nacional 22373 de 1981 con el objeto de coordinar las acciones de salud pública en la Nación Argentina. Está integrado por los ministros de salud de las provincias y es presidido por el ministro de salud de la nación.

Desde el 2003 la mortalidad infantil presenta una tendencia decreciente, situándose, en el año 2008, en una tasa del doce coma cinco (12,5) de defunciones por cada mil (1.000) nacidos vivos. El sesenta y cuatro por ciento (64%) de las muertes infantiles son neonatales, y de ese total, más del cincuenta por ciento (50%) son prematuros. La citada mortalidad infantil en la República Argentina, evidencia profundas asimetrías entre las jurisdicciones con mayor ingreso *per capita* y las jurisdicciones más pobres.

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

El estado de situación a nivel federal, muestra que hay provincias que aún tienen tasas de mortalidad materna mayores a diez (10) por cada diez mil (10.000) nacidos vivos, siendo prevenibles casi el setenta y cinco por ciento (75%) de las causas.

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

La evaluación del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y de las metas del Plan Federal de Salud⁸, permiten observar que sin la ejecución de acciones inmediatas y necesarias, aquellos podrían no ser alcanzados en su totalidad.

En la IV reunión ordinaria del Consejo Federal de Salud del mes de noviembre del año 2008, se acordaron las "Estrategias de abordaje de la mortalidad materna y de la mortalidad infantil" para el período 2009-2011, en el que luego se desarrolló el "Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Infantil, Materna, de la Mujer y de los Adolescentes"⁹ para el período señalado.

El Plan Operativo desarrollado por la Subsecretaria de Salud Comunitaria, prioriza la reducción de la mortalidad materna, infantil, de la mujer y los adolescentes, a partir de un trabajo coordinado por este Ministerio con los gobiernos provinciales dirigido al establecimiento de metas y elaboración de un plan de acción para el cumplimiento de las mismas. A tal fin, la Nación dará asistencia técnica a las provincias, para que cada una de ellas defina los índices de reducción de la mortalidad materno-infantil que puede alcanzar en el período, para así contribuir a la reducción de la media nacional y cerrar las brechas existentes entre las distintas provincias y hacia el interior de las mismas. Por medio de dicho plan operativo, se pretende disminuir la mortalidad infantil a menos de diez (10) defunciones por cada mil (1.000) nacidos vivos, y la materna, a menos de tres coma tres (3,3) muertes por cada diez mil (10.000) nacimientos, para fines de 2011.

⁸ COFESA. *Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007*: Buenos Aires; 2004.

⁹ COFESA. *Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Infantil, Materna, de la Mujer y de los Adolescentes 2009-2011*. Buenos Aires; 2008.

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

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

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

Por lo expresado anteriormente el Ministro de Salud de Nación aprueba el "Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y de los adolescentes".

El plan Nacer (hoy Programa SUMAR)¹⁰, es un programa que se inicia en el año 2003 con el objetivo de revertir el aumento en las tasas de morbi- mortalidad materno-infantil y proveer garantías más explícitas para la población vulnerable.

La población objetivo son las mujeres embarazadas y niños menores de 6 años. A partir de 2012 se incorporaron niños de 6 a 9 años, adolescentes de 10 a 19 años y mujeres de 20 a 64 años sin cobertura explícita en salud.

Se cubren los servicios materno-infantiles del primer nivel de atención con expansión gradual hacia otros servicios más complejos (por ejemplo, cirugías para cardiopatías congénitas).

La cobertura financiera es sin copagos. La cobertura de la población objetivo es el 63% de la población sin cobertura explícita en salud (23% de la población total) (2012).

El costo anual estimado per cápita para costear es de alrededor de US\$4, para costear brechas de cobertura y calidad efectiva. Los establecimientos siguen recibiendo recursos de oferta.

El porcentaje de los recursos públicos de salud canalizados hacia el financiamiento del PBS es del 0,9% de los recursos invertidos por las provincias en salud.

La entrega de servicios no priorizados se realiza por el sistema público que ofrece todos los demás servicios bajo el tradicional esquema de oferta pública financiada mediante presupuestos históricos.

¹⁰ Sabignoso M, Silva H, Curcio J. En *Planes de Beneficios en Salud de América Latina: una comparación regional*. BID. División, Protección Social y Salud: Chile; 2014: 119-223.

Las principales innovaciones son un plan explícito de beneficios para un subconjunto pequeño de servicios priorizados con aumento gradual de la cobertura por grupos poblacionales y servicios: 1) Articulación y coherencia de servicios priorizados en el PBS con : asignación de recursos adicionales que financian brechas medidas; sistemas de monitoreo, evaluación y auditorías concurrentes y externas y nominación de servicios recibidos y de resultados jurisdiccionales. 2) Evaluación de impacto y medición de satisfacción de usuarios y de niveles motivacionales de los recursos humanos y de los proveedores.

El Plan Operativo enfatiza los “cómo” lograr los objetivos. El mismo, cuenta con objetivos generales y operativos. Los objetivos generales son:

- Reducción de la mortalidad infantil en sus componentes: neonatal y post neonatal.
- Reducción de la mortalidad materna por todas las causas.
- Disminución de la incidencia y mortalidad por cáncer cérvico uterino.

Los objetivos operativos del plan son: acuerdos políticos entre los máximos niveles de conducción; establecimiento de metas y compromiso formal para lograrlas; plan de trabajo elaborado con los actores sociales involucrados; asistencia técnica; sistematización, monitoreo y evaluación; intervenciones sustantivas: aseguramiento de insumos, capacitación en servicio, regionalización perinatal, participación comunitaria; comunicación social.

Durante el tercer encuentro del año 2018 del Consejo Federal de Salud (COFESA), realizado en la ciudad de Buenos Aires, de Argentina el 31 de mayo y 01 de junio de 2018, los ministros de Salud de las provincias con el ministro nacional, debatieron sobre la articulación para lograr en el país la implementación de la Cobertura Universal de Salud (CUS) que tiene el objetivo “de ampliar la cobertura efectiva con calidad y equidad para cerrar las brechas”.

El ministro de Salud nacional afirmó que “Nación apoyará a todos las provincias con recursos financieros y humanos para poder mejorar los servicios de salud del país” y agregó que “más allá de las diferencias, tenemos un objetivo común que es ampliar la cobertura efectiva con calidad y equidad para todos nuestros ciudadanos”.

Durante las jornadas que se desarrollaron en la Ciudad de Buenos Aires, se dieron detalles del crédito del Banco Mundial de 300 millones de dólares y de los 350 millones de dólares que aporta el Tesoro Nacional para los programas sanitarios que permitirán la implementación efectiva de la CUS.

Para analizar un caso concreto de su aplicación, la provincia de Mendoza hizo una presentación de la experiencia en el municipio de Guaymallén. Sobre la estrategia de la CUS la ministra de Salud de Mendoza, aseguró: “Lo más importante y valioso es que la población asistida tiene un equipo de salud referenciado para que la gente no asista directamente a los hospitales de alta complejidad”. También afirmó que la aplicación de la CUS “es un trabajo de muchos años que debemos profundizar y sentar las bases para que independientemente de los cambios de gestión esto perdure en el tiempo como una herramienta importantísima en la estrategia de atención primaria”.

Por su parte, la ministra de Tucumán, expresó que “venimos trabajando desde hace varios años para hacer un sistema de salud que no sólo sea accesible, como ya lo es en Argentina, sino que también sea equitativo, que todos puedan llegar a la misma calidad en salud”. Explicó que “la CUS es unificar todos nuestros programas en uno y poder así potenciar los resultados, ser eficientes y tener calidad en salud. Nos parece una muy buena iniciativa”.

Por otro lado, la ministra de Salud porteña, dijo que tenemos un sistema de salud muy fraccionado: obras sociales, prepago y gente sin seguro social pero también una constitución que garantiza la cobertura en salud para todos los ciudadanos. “Lo que tenemos que hacer es organizar esos tres sistemas y hacer que cada uno reciba lo mismo con equidad”, destacó. “Tenemos que lograr que el acceso a la salud sea igual para el que tiene una obra social como para el que no”.

En tanto, el titular del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados PAMI, manifestó que: “Venimos a apoyar el sistema de cobertura universal de salud, a ofrecer un sistema de datos, ya que siempre decimos que PAMI con 5 millones de beneficiarios es un big data”. Añadió que “estamos trabajando muy fuerte con la mayoría de las provincias, estableciendo convenios, utilizando los prestadores públicos, racionalizando mucho lo público y lo privado, pagando deudas que teníamos muy viejas y sobre todo tratando de trabajar en conjunto para llegar más rápido a la gente”.

Finalmente, el ministro pampeano, consideró que el convenio marco de adhesión a la CUS propuesto por Nación “permitió a todas las provincias opinar, modificar algunos aspectos para a partir de allí acordar con las jurisdicciones cómo vamos a trabajar conjuntamente. Es un acuerdo federal y hay complementariedad entre Nación y provincia con la formación de equipos de trabajos”.

Además se incluyeron otras temáticas como la propuesta de una futura compra conjunta de medicamentos oncológicos, recupero y especialidades esenciales.

Experiencias locales

La Regionalización de la Atención Perinatal busca optimizar los recursos disponibles, utilizar las tecnologías y los procedimientos costo efectivos y mejorar la calidad de la atención, basándose en el diagnóstico de los indicadores de salud de la población, los patrones de utilización de los servicios de salud y la disponibilidad y capacidades de los recursos humanos, de la infraestructura y de las tecnologías en los servicios existentes.

Esta política reorganiza y coordina las instituciones de los distintos niveles a través de un proceso de categorización, establecimiento de procedimientos de referencia y contra-referencia y redistribución de los recursos humanos.

Los programas de regionalización de la atención materno-perinatal se diseñaron con el fin de organizar los servicios para que las mujeres y los recién nacidos de alto riesgo tengan su atención en hospitales provistos con la experiencia y la tecnología requerida para asegurarles cuidados óptimos. Así, las maternidades fueron clasificadas en tres niveles de atención (II; IIIA; IIIB), se organizaron los sistemas de transporte y se construyeron vínculos entre las estructuras de salud con el fin de mantener la capacitación

adecuada en los niveles de menor complejidad para una oportuna referencia de los casos de alto riesgo.

Casi todas las jurisdicciones de Argentina cuentan con un elevado número de lugares en los que se realizan partos. Esta abundancia de efectores hace que todavía un grupo de niños en situación de riesgo por distintas razones, nazcan en instituciones que carecen de la complejidad necesaria para su caso o instituciones que aún no cumplan con las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE) formuladas por la OMS: cirugía y procedimientos obstétricos; anestesia; transfusión de sangre segura; tratamientos médicos; asistencia neonatal inmediata; evaluación del riesgo materno y neonatal; y transporte oportuno al nivel de referencia.

Por eso resultó necesario fomentar el armado de Redes de Atención Perinatal, realizar una planificación cuidadosa y detectar y derivar oportunamente a las madres con elevada probabilidad de tener un parto o un recién nacido de riesgo, a fin de aprovechar al máximo los recursos y asegurar su sustentabilidad en el tiempo.

Nos referimos a dos experiencias locales. La primera hace referencia al marco normativo jurídico y se desarrolló en la jurisdicción de la ciudad de Buenos Aires. La segunda se está llevando a cabo en la jurisdicción de Mendoza.

Con respecto a la primera, el 22 de septiembre de 2016 se sancionó en la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la Ley N° 5.637, promulgada De Hecho el 19 de octubre de 2016 y publicada en el BOCBA N° 4998 del 01/11/2016. Su objeto es, a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad materno neonatal, tal como lo consigna su artículo 1, “consolidar la regionalización perinatal para la atención de las embarazadas, embarazadas de alto riesgo, niños nacidos, niños que sean considerados de alto riesgo y púérperas en el subsistema público de la Salud de la Ciudad de Buenos Aires”. El planteo de la regionalización resulta adecuado para lograr un mejor aprovechamiento de recursos pero en la Ciudad de Buenos Aires la persistencia de altas tasas de mortalidad infantil no se debe a la falta de recursos sino, a la falta de coherencia, organización y planificación en el sistema de salud.

La ley de Regionalización Perinatal cuenta con cinco capítulos: Disposiciones generales, Autoridad de Aplicación, Regionalización del sistema de Atención Perinatal y Niveles de Atención, Atención Obligatoria (durante el embarazo, durante el parto y en emergencias obstétricas), Capacitación y Sensibilización de los Equipos de Salud y Disposiciones complementarias al final.

En el primer capítulo se define a la “Regionalización Perinatal” como el “desarrollo de un sistema coordinado, dentro de un área geográfica”, en el cual se busque “alcanzar tanto la atención de calidad para todas las embarazadas y recién nacidos como la utilización apropiada de la tecnología requerida y del personal perinatal altamente entrenado a un costo/efectividad razonable”. Cada componente del sistema regional deberá “proveer la atención de mayor calidad, garantizando el acceso geográfico equitativo entre las zonas sur, centro y norte de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a las Maternidades Nivel III - de acuerdo a lo establecido en el art. 9° que integran la Red de Obstetricia y Neonatología y el desarrollo de las mismas sobre la base de las necesidades de la población, promoviendo la identificación a tiempo de los embarazos de alto riesgo y el monitoreo de

los nacidos con gesta probable menor a 32 semanas (o con evidencia ecográfica del peso del feto menor a 1500gr) y la atención neonatológica de los niños nacidos con peso menor a 1500gr”. Los datos son obtenidos a partir de la realización de una investigación previa.¹¹

También la ley enuncia una serie de principios del sistema que hacen a su espíritu:

- Gratuidad: Se asegura la atención gratuita en todas las intervenciones relacionadas con la salud materno- neonatal comprendidas en la ley.
- Accesibilidad: Se asegura la accesibilidad geográfica y cobertura a servicios integrales de salud materno neonatales, de manera adecuada, oportuna, de calidad y sin discriminación alguna ,respetando la interculturalidad, valores y costumbres
- Equidad: se prioriza la atención de adolescentes y mujeres en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica.
- Sostenibilidad: los servicios estipulados en la Ley son incorporados al Plan Anual de Políticas Públicas de Salud a fin de garantizar su provisión, calidad y continuidad en el tiempo.
- Derechos: Todas las acciones estarán sustentadas por una política que incluya la perspectiva y el derecho de género.

Se establece como autoridad de aplicación al Ministro de Salud de la Ciudad de Buenos Aires y se detallan sus funciones de sostenimiento y control del sistema. Entre otras, proporcionará el apoyo técnico y asesoramiento requeridos a los establecimientos para la adecuada prestación de los servicios básicos materno neonatales.

Para la prestación de todos los servicios comprendidos en la normativa analizada, se asegura un sistema de interacción, comunicación y traslado oportuno entre los niveles de atención I y las Maternidades nivel II con las Maternidades Nivel III que integran la red de Obstetricia y Neonatología. Esto facilita una atención continua de las embarazadas, recién nacidos y púerperas.

Resulta particularmente valioso que uno de los objetivos de la ley sea, según su art. 2 inc. f, “asegurar el cumplimiento de las condiciones obstétricas y neonatales esenciales (CONE) que promuevan la humanización del parto”, entendidas estas condiciones, según su art. 3 inc. b, como los “recursos humanos, físicos y económicos que indispensablemente deben estar presentes en todos los centros e instituciones donde nacen los niños y niñas, para garantizar la mayor seguridad en la atención materno-infantil al momento del parto y puerperio”. Cuanto mayor es la seguridad en la atención materno-infantil al momento del parto y puerperio, lógicamente más se reduce la probabilidad de muertes de madres y niños.

En el artículo 9° se clasifican los niveles de atención de los efectores según la complejidad de la atención que necesitan las mujeres embarazadas y recién nacidos de acuerdo a la siguiente categorización: “Primer nivel: centro de salud y consultorios que no contemplan servicios de internación ni asisten partos. Nivel hospitalario: maternidades Nivel II, instituciones con internación de tipo general o especializada que corresponde a una atención de bajo riesgo con un nivel de cuidado básico en el marco de las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE)y maternidades Nivel III: hospitales y

¹¹ Barral MA. *Mortalidad Infantil en la CABA. A propósito del incremento de la mortalidad infantil en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Revista Institucional de la Defensa Pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2013, Vol. 4, 121- 175.

maternidades con internación de tipo general o especializada que corresponde a una atención de mediano y alto riesgo y que deben asegurar un nivel de cuidados especializados en el marco de las CONE y contando con servicio de terapia intensiva”.

En el art. 10° se enumeran las “condiciones obstétricas esenciales como prestaciones a ser garantizadas: procedimientos quirúrgicos obstétricos, procedimientos anestésicos, transfusión de sangre segura, asistencia neonatal inmediata, evaluación de riesgo materno y neonatal y tratamientos médicos de patologías asociadas al embarazo”.

En el art. 11, a los fines de dar cumplimiento a las CONE, las Maternidades Nivel III mencionadas en el artículo 9° deben garantizar el acceso a las siguientes intervenciones: recursos humanos especializados en atención del recién nacido de riesgo; sala de neonatología con monitoreo de 24 hs. y asegurar un espacio para madres para fomentar la lactancia materna y el vínculo madre hijo/a.

El legislador ha identificado importantes problemas a resolver desde el punto de vista técnico de las intervenciones sanitarias, los ha caracterizado y propone líneas estratégicas a implementar para lograr el objeto propuesto y cada uno de los objetivos. Amplía al equipo de salud habitual y soluciona dos problemas importantes en el sistema de salud del país, como son la falta de formación en competencias de gestión por parte de muchos profesionales y normas explícitas para combatir la fragmentación que caracteriza al sistema de salud, la seguridad y calidad de la atención. Otro aporte a destacar es que además de definir conceptos importantes como regionalización, redes, niveles de atención, condiciones de derivación, referencia y contra referencia entre otros, dedica el capítulo cinco a un aspecto que es condición necesaria para lograr los objetivos propuestos de tender al desarrollo continuo de los profesionales y trabajadores del equipo en competencias genéricas y específicas.

La segunda experiencia que referimos se está realizando en la provincia de Mendoza.

La Dirección Materno Infantil, del Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes, de la provincia de Mendoza, de Argentina, adhirió a la estrategia de la regionalización de la atención perinatal, propuesta por el Ministerio de Salud de la Nación. Un proceso de regionalización supone el establecimiento de un sistema de prestadores de servicios de salud de complejidad creciente, en donde la optimización de los recursos redundará en una mejora en la calidad de atención de los beneficiarios. También se abordó la regionalización perinatal para la atención de las embarazadas, embarazadas de alto riesgo, niños que sean considerados de alto riesgo y púerperas en el subsistema público y privado de Mendoza. Se trabajó en dos ejes fundamentales: 1) la capacitación en los servicios de guardia de las maternidades y 2) regionalización de la atención perinatal. Dichos ejes fueron seleccionados a través de la planificación de un proyecto de investigación – acción a implementarse gradualmente en cada una de las jurisdicciones del país.

La capacitación, como una de las estrategias de mejora y aseguramiento de la calidad de las políticas públicas, se realizó con innovadoras prácticas de aprendizaje enseñanza, en las guardias de todos los días de la semana de hospitales de la provincia. En este contexto, se considera la responsabilidad de la salud como una responsabilidad personal, profesional y política donde confluyen la localidad y la globalidad y nos desafían a alcanzar la meta de la excelencia.

A solicitud de la Dirección Nacional de Maternidad Infancia del Ministerio de Salud de la Nación se conformó un equipo de profesionales con amplia trayectoria académica, para que participara del programa de capacitación, en calidad de formadores. A su vez, se incorporaron a este equipo, referentes de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia de la Nación, conformando así un grupo de formadores y evaluadores de competencias profesionales interinstitucional, nacional e interdisciplinario con diferentes experiencias, vivencias y conocimientos. Como sujetos de aprendizaje, profesionales que actualizarían y perfeccionarían sus competencias, se envió un equipo integrado por un médico obstetra, una licenciada en Obstetricia y un enfermero. Los mismos, implementaron la capacitación en servicio en las guardias de las maternidades y hospitales de la provincia mediante la utilización de estrategias didácticas alternativas: capacitación centrada en la evaluación y la toma de decisiones para la resolución de situaciones problema a partir de la descripción, análisis y comprensión de un caso. También se incorporó un equipo de profesionales a cargo de la filmación de la situación de aprendizaje. Se aclara que se firmó un acuerdo de confidencialidad entre todos los miembros del equipo para el desarrollo de la experiencia formativa en escenarios de aprendizaje reales.

La metodología pedagógico didáctica consistió, en primer lugar, en el diseño de situaciones problema priorizadas según las tres causas más frecuentes de mortalidad materna (confección de casos clínicos). Posteriormente, se seleccionaron los escenarios de aprendizaje. Hasta el momento ya se han realizado las prácticas de aprendizaje enseñanza en las dos maternidades de la provincia: Federico Moreno del Hospital Luis Lagomaggiore (5500 partos anuales) y la maternidad del Hospital Diego Paroissiens (3000 partos anuales) restan las otras maternidades de los demás hospitales de gestión pública. Las prácticas se efectuaron en las guardias de las instituciones ya señaladas durante todos los días de la semana.

Para la selección y desarrollo de las prácticas didácticas de actualización y profundización de competencias se partió de la necesidad de implementar y garantizar instancias de aprendizaje colaborativo, interdisciplinario, de reflexión sobre la propia práctica y de evaluación formativa enfatizando espacios de autoevaluación, co-evaluación y hetero evaluación. Para el logro de estos principios que garantizan una práctica de aprendizaje exitosa se identificó como pertinente la estrategia didáctica: **aprendizaje basado en situaciones problema – eje** relacionadas con los aspectos clínicos, de la gestión y de la docencia que giran en torno a casos reales en un contexto real pero con actores, en el rol de la madre, que garantizan el abordaje integral y profundo de todas las variables de fundamento y/o transversales de un hecho en particular. En esta capacitación en servicio se filmó la práctica de los profesionales ante pacientes simulados para cada eje de aprendizaje. Para el caso de Neonatología se aplicó una práctica equivalente.

Otras experiencias realizadas con anterioridad en la provincia de Mendoza se verán potenciadas con las acciones ya explicitadas en el presente documento como por ejemplo: La Ley 7857 promulgada en junio de 2008 donde se planteaba entre sus fundamentos que “las Residencias Profesionales son una estrategia educativa para la formación de sujetos sociales, democráticos y transformadores de la realidad. Se requiere para ello el compromiso de profesionales del mundo sanitario que además de trabajar en campos interdisciplinarios sean capaces de actuar con otras disciplinas vinculadas directamente con la vida, la calidad de la misma y el ambiente”.

Posteriores resoluciones del Ministerio de Salud de la provincia en donde se establecen programas educativos de formación por competencias y de formación de los formadores.¹²

Conclusión

Si queremos cambiar el futuro, debemos cambiar hoy nuestro accionar para que nuestras aspiraciones y expectativas de mejorar la salud pública se hagan realidad. Necesitamos que cada uno de nosotros aprenda a gestionar competencias nuevas para lograr los rápidos cambios que requiere una salud mundial interdependiente para ser justa. Ha llegado la hora, para que unidos por el reto común de la estrategia de la atención primaria de salud, más la alta complejidad, participemos del intercambio y aprendizaje de experiencias entre países para trazar la ruta más directa hacia la salud global.

América Latina nos está diciendo que quiere una discusión ética profunda, seria, intensa, que no quiere postergar más. Lo dice en encuestas como el Latinbarómetro, que testimonian que éste es un continente que definitivamente ha optado por la democracia, que no aceptará otra cosa, pero que quiere una democracia de calidad, con pleno apego de la ética.

¿Qué nos puede aportar discutir sobre ética, capital social, políticas públicas, priorización de recursos en salud? Ante todo, implica cambiar el marco de los debates convencionales de América Latina, ampliándolo y enriqueciéndolo. Incorporar las dimensiones éticas del desarrollo y aspectos como los que resalta la idea de capital social, la confianza, la capacidad de asociatividad, la conciencia cívica, nos permite salir de una visión economicista unidimensional, para pensar en términos de un modelo de desarrollo integrado.

Esto es, un modelo que, al mismo tiempo que preserva la estabilidad, el progreso tecnológico, la competitividad —que son imprescindibles—, promueve la educación, la salud, el apoyo a la pequeña y mediana empresa, el acceso al crédito, la democratización de las oportunidades; vela por el medio ambiente, fortalece la cultura y se orienta por parámetros éticos. Un modelo integrado buscará permanentemente la consistencia con los valores éticos.

Hemos aprendido, asimismo, que hay dimensiones de la ética que pueden ser decisivas para la marcha de una sociedad, como la honestidad, la solidaridad y el sentimiento de preocupación del uno por el otro. Hoy en esta América Latina el hombre, con tantas posibilidades y avances, pero al mismo tiempo con niveles de pobreza e inequidad inadmisibles, necesita potenciar la solidaridad que nos puede aportar en lo cotidiano y ser un firme cimiento para construir sociedades de inclusión social universal y democratización de oportunidades especialmente entre poblaciones vulnerables.

En definitiva, la ética se plasma en comportamientos cotidianos, en la asunción de responsabilidades por parte de todos los actores sociales. Necesitamos, en América Latina y el Caribe, reforzar esas responsabilidades. Son temas claves para nuestra región

¹² Ley 7857 Sancionada 14/5/2008. Promulgada el 13/6/2008. Boletín Oficial 13/6/2008. Provincia de Mendoza.

la responsabilidad social que les compete a las políticas públicas, la responsabilidad social de la empresa privada, las responsabilidades de la sociedad civil, la ciudadanía, el voluntariado, la responsabilidad de las universidades, la responsabilidad de los medios de comunicación social. En todos los campos debemos avanzar hacia niveles superiores de compromiso y asunción de responsabilidades éticas.

Ello no se obtiene mágicamente; está vinculado a un gran trabajo, continuo y paciente que hay que hacer en el campo educativo. Existe la necesidad de ampliar el horizonte de la bioética más allá del campo de la práctica clínica y la investigación tecnocientífica y llevarlo al de la política y al de la ciudadanía cosmopolita. Al abordar los problemas éticos en la salud pública y en las actividades de supervisión y rectoría que competen razonablemente a los Estados nacionales se deja ver lo limitado del enfoque tradicional basado en el “mantra de Georgetown” y la exclusiva fijación al individuo que ha caracterizado al discurso bioético de cuño anglosajón.

Hoy hablamos de Bioética social. Una forma de la filosofía social que brinda una perspectiva sobre el talante dialógico de la deliberación que se propugna y de su necesario impacto en la sociedad. El proceso de priorización de prestaciones que se definió y se institucionalizó con el Plan Nacer –Programa Sumar en Argentina, promueve procesos institucionales de priorización en las políticas y en las estrategias. Éste es posiblemente uno de los aprendizajes más importantes en Argentina. Al mismo tiempo nos plantea uno de los desafíos más difíciles: el encontrar desde el pensamiento complejo y trasdisciplinario los elementos que por lo menos nos permitan garantizar procesos de toma de decisiones justos en salud pública.