

# INTERVENCIONES SANITARIAS

## PLAN OPERATIVO PARA REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNO INFANTIL Y DE LAS MUJERES ADULTAS Y ADOLESCENTES EN ARGENTINA

El Ministerio de Salud de la Nación y los gobiernos provinciales acordaron un plan de reducción de la mortalidad materno infantil y de las mujeres adultas y adolescentes, en el que se establecieron metas y compromisos específicos. Las intervenciones centrales son la capacitación interinstitucional, la regionalización de la cooperación, la participación comunitaria y la comunicación social.

GUILLERMO GONZÁLEZ PRIETO, RICARDO BERNZTEIN, ALDO MICELI, IGNACIO DRAKE  
Subsecretaría de Salud Comunitaria. Ministerio de Salud de la Nación

### INTRODUCCIÓN

Los resultados en salud del binomio madre-hijo, de las adolescentes y de las mujeres no son satisfactorios en Argentina. Esto se expresa en una distribución inequitativa de la mortalidad en el país: una mujer embarazada y un recién nacido tienen más probabilidades de morir si habitan en el noreste argentino que si lo hacen en la Patagonia.<sup>1</sup> Si bien la situación de la mortalidad es producto de causas biológicas y sociales, también lo es del desempeño de los servicios de salud donde se concentra la mayor mortalidad<sup>2,3</sup> y del sistema sanitario en su conjunto.

El Ministerio de Salud de la Nación ha desarrollado numerosas acciones y programas verticales para reducir la morbilidad y mortalidad infantil y materna, la mortalidad por abortos inseguros y la mortalidad femenina en general, especialmente por cáncer cérvico uterino. Estas acciones abarcan desde el Plan Nacer, la promoción de la lactancia materna, el Plan de Inmunizaciones y la estrategia de atención postaborto, hasta el Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas, las Campañas de Invierno y el fortalecimiento de los comités de análisis de mortalidad ma-

terna e infantil. Todas ellas cuentan con evidencia de eficacia en condiciones ideales, pero sólo algunas con pruebas de efectividad –cumplimiento real del objetivo–. Surge entonces la necesidad de profundizar no sólo en los “qué” sino en los “cómo” implementar las acciones para que sean efectivas y logren impacto sanitario.

En virtud de cumplir con los compromisos asumidos por Argentina, tales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas del Plan Federal de Salud, y con el objeto de explorar nuevas formas de intervención, la Subsecretaría de Salud Comunitaria, dependiente de la Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios del Ministerio de Salud de la Nación, ha diseñado el Plan Operativo para la Reducción de las Mortalidades Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes. El Plan propone la continuidad y profundización de las acciones que se han desarrollado hasta el momento, formula intervenciones en terreno para acelerar el logro de los resultados buscados e integra las actividades y acciones que realizan con similar objetivo los programas de la subsecretaría.<sup>5</sup>

### EVIDENCIAS SANITARIAS

Cuando la tasa de mortalidad infantil –como la de Argentina– se encuentra entre 10 y 20 ‰, son especialmente importantes la organización y la competencia técnica de los servicios para lograr mejores resultados.<sup>4</sup> A continuación se exponen dos intervenciones basadas en la mejor evidencia científica:

#### 1. REGIONALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PERINATAL

Se trata de una intervención que implica la organización en un área geográfica de un proceso de cooperación coordinado, con acuerdos entre instituciones y equipos de salud, y en el cual se identifica el grado de complejidad de los servicios que cada institución provee, basándose en las necesidades de la población. La provincia de Neuquén, por ejemplo, logró reducir su mortalidad infantil de 108,5 ‰ en 1970 a 6,7 ‰ en 2008, luego de haber implementado un sistema de salud regionalizado, con establecimientos de niveles de complejidad crecientes y con procesos bien definidos de referencia y contra referencia.<sup>5</sup> La experiencia incluyó una regionalización en 3 etapas: primero del sistema sanitario general, luego

Los responsables del Plan Operativo son: M. Diosque, Secretario de Promoción y Programas Sanitarios; G. González Prieto, Subsecretario de Salud Comunitaria; A. Speranza, Directora Nacional de Maternidad e Infancia; F. Zingman, Coordinador del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia; S. Arrossi y R. Laudí, Coordinadoras del Programa de Prevención de Cáncer Cérvico-Uterino; y P. Ferro, Coordinadora del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.



la perinatal del subsector público y por último la perinatal del subsector privado. En una búsqueda realizada en Medline sobre las publicaciones temáticas de los últimos 30 años, se encontraron más de 126 casos de experiencias de regionalización perinatal en varios países, y en todas ellas se registró una reducción de la mortalidad materno infantil y una disminución de los costos en salud.<sup>6</sup> En algunos de los casos, se partía de indicadores similares a los argentinos. Por ejemplo, en Portugal se realizó en 1989 una reforma que implicó el cierre de las maternidades con menos de 1.500 partos por año, la clasificación y coordinación de los hospitales por niveles de complejidad (en el nivel 1 no se realizan partos) y la creación de un sistema nacional de transporte neonatal. Como resultado, la mortalidad materna se redujo casi a la mitad y la infantil a menos de un tercio.<sup>7</sup>

## 2. CAPACITACIÓN EN SERVICIO.

Tucumán redujo en un 47% la mortalidad infantil entre 2002 y 2007, teniendo en cuenta que el descenso promedio nacional fue de 20% en el mismo periodo, lo cual significa que en esa provincia cada año sobreviven ahora aproximadamente 200 neonatos más. La intervención que produjo ese resultado incluía: la capacitación en servicio en la Maternidad Nuestra Señora de la Merced, la incorporación del recurso humano y equipamiento necesarios, la realización de modificaciones en la planta física y de mejoras en el transporte del recién nacido y de la madre. De esta manera, a la atención del embarazo se sumó una inversión importante en los servicios de cuidados intensivos neonatales.<sup>8</sup>

La evidencia concluye que el cambio en las conductas es complejo y una sola intervención no es suficiente.<sup>9</sup>

Una revisión sistemática<sup>10</sup> caracterizó la existencia de siete tipos de barreras agrupadas en tres dimensiones: conocimiento (falta de conciencia y de familiaridad) actitud (falta de acuerdo, de auto-eficacia, de esperanza en los resultados e inercia de las prácticas anteriores) y comportamiento (barreras externas). Se ha demostrado que la capacitación en servicio es una herramienta con efectos positivos en la calidad de atención y en los resultados de los servicios sanitarios en los que se aplica.<sup>11</sup>

## CARACTERÍSTICAS DEL PLAN

Se priorizaron las mortalidades infantil, materna, de las adolescentes y de las mujeres. Los criterios que orientaron la selección de las provincias fueron: mayor mortalidad en términos absolutos (por ejemplo, provincia de Buenos Aires) y relativos en función de la mayor inequidad (provincias del noreste argentino -NEA- y del noroeste -NOA-). Una condición necesaria para la elección fue también la existencia de una "voluntad política de cambio".

Los objetivos generales del plan son:

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

La población objetivo está constituida por los niños, las embarazadas, las mujeres y las adolescentes. Entre los niños, se especifica a los menores de un año y, entre ellos, se prioriza a los neonatos en la primera semana de vida, particularmente a los prematuros con un peso de nacimiento menor a 2.000 g. Entre las adolescentes, se focaliza en las embarazadas y, entre las mujeres, se prioriza a aquellas que están en edad fértil (10 a 49 años) y/o embarazadas, y a las que

tienen mayor riesgo de padecer cáncer cérvico uterino (35 a 64 años). La intervención se enmarcó en una planificación estratégica con diagnóstico local participativo.

### EJES DEL PLAN OPERATIVO

#### 1. ACUERDOS POLÍTICOS ENTRE LOS MÁXIMOS NIVELES DE CONDUCCIÓN

La voluntad política para producir los cambios necesarios para alcanzar los objetivos del plan se explicita inicialmente a través de un acuerdo político-institucional entre el gobernador y el ministro de Salud de la provincia y el Ministerio de Salud de la Nación, en el que se definen las metas, el monitoreo, la evaluación y la comunicación de los resultados del plan.

#### 2. ESTABLECIMIENTO DE METAS Y COMPROMISO FORMAL PARA ALCANZARLAS

Las políticas de salud efectivas requieren del establecimiento de prioridades, la definición de metas cuantificables generales y locales y la medición de los resultados. En la Tabla 1 se muestran algunas de las metas nacionales en diversos grados de agregación. Por ejemplo, la mortalidad por cardiopatías congénitas está incluida dentro de la mortalidad neonatal, y ésta, a la vez, en la infantil. Cabe destacar que las metas del plan se definieron en 2009, en base a los datos de situación de 2007.

#### 3. ELABORACIÓN DEL PLAN DE TRABAJO PROVINCIAL

La elaboración del Plan Provincial se realiza en conjunto con las personas que cumplen tareas en todos los niveles de atención (central y periféricos de primer, segundo y tercer nivel). En grupos de trabajo se analizan las causas que producen los indicadores actuales y se elaboran y acuerdan propuestas de acción para la consecución de las metas 2011. Posteriormente se firma un acta acuerdo que incluye un resumen de la situación identificada, la especificación de metas, la determinación de necesidad de asistencia técnica, la capacitación en servicio y los recursos económicos que aportará el Ministerio de Salud de la Nación. Finalmente, el acta acuerdo se publica en medios locales y nacionales a modo de compromiso público.

Los planes de trabajo provinciales prevén acciones que cubren desde aspectos generales hasta otros más específicos. Por ejemplo, se incluye:

- a) nombrar y jerarquizar recursos humanos, especialmente enfermeros/as y obstétricos/as;
- b) optimizar las redes de atención perinatal con organización de servicios por niveles de complejidad y mejora de los servicios de traslados;
- c) garantizar que los partos se realicen en maternidades seguras;
- d) organizar consultorios de demanda espontánea para obtención de muestras para PAP y aplicación de la técnica

- de aspiración manual endouterina;
- e) mejorar la cobertura de consejería anticonceptiva al alta luego de episodios obstétricos, ya sean partos o abortos;
- f) crear espacios diferenciados para la atención de adolescentes;
- g) aumentar la administración de corticoides en la amenaza de parto prematuro.

#### 4. ASISTENCIA TÉCNICA, SISTEMATIZACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN PERIÓDICA

Una vez iniciado el plan, el Ministerio de Salud de la Nación brinda asistencia técnica a las provincias para facilitar su cumplimiento con visitas bimestrales, y a la vez se monitorea el progreso del plan. La sistematización permite contar con un marco que brinda los insumos relevantes en el proceso de evaluación. Durante el período de ejecución se realizan diversas evaluaciones que ponen el foco en diferentes dimensiones y variables. Cada vez que se realiza una evaluación, se efectúa una devolución de los hallazgos a los interesados y se informa a la ciudadanía sobre los resultados.

#### 5. CAPACITACIÓN EN SERVICIO, REGIONALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

La capacitación en servicio consiste en visitas mensuales de una semana de duración de cooperación de

TABLA 1: Metas 2011 del Plan Operativo

	Situación 2007		Metas 2011	
	Tasas	Nº muertes	Tasas	Nº Reducción
Mortalidad infantil (menores de 1 año)	13,3 ‰	9.300	9,9 ‰	2.378
Mortalidad infantil neonatal (1 a 27 días)	8,5 ‰	5.964	5,9 ‰	1.824
Mortalidad infantil posneonatal (28 días a 1 año)	4,8 ‰	3.336	4,0 ‰	556
Tasa específica de mortalidad por cardiopatías congénitas en menores de 1 año	1,077 ‰	800	0,861 ‰	175
Tasa específica de mortalidad por infecciones respiratorias en menores de 1 año	1,245 ‰	875	0,996 ‰	175
Mortalidad materna	4,4 ‰	306	3,3 ‰	77
Tasa específica de muertes maternas por aborto	1,06 ‰	74	0,79 ‰	19
Mortalidad por cáncer cérvico-uterino*	7,5 ‰	1.787	7 ‰	119

\* En provincias priorizadas

TABLA 2. Programa de capacitación interinstitucional implementado a 2010

Problema	Hospitales capacitados	Hospitales capacitadores
Mortalidad neonatal	Perrando y 4 de Junio (Chaco)	Posadas (PBA), Maternidad N. Sra. de las Mercedes (Tucumán) y Org. FUNDASAMÍN
	de la Madre y el Niño (Formosa)	Garrahan (CABA)
Mortalidad posneonatal	de la Madre y el Niño (Formosa)	Garrahan (CABA)
Mortalidad materna	Saenz Peña y Perrando (Chaco)	Posadas (PBA), Maternidad Sardá (CABA) y San Isidro (PBA)
	de la Madre y el Niño (Formosa)	Garrahan (CABA)
Mortalidad adolescente	Perrando (Chaco)	Argerich (CABA)
	La Banda (Santiago del Estero)	Argerich (CABA)
	Centro de Salud N° 5, Misiones	Gutiérrez (CABA)
Mortalidad por cáncer cérvico-uterino	Perrando (Chaco)	Posadas (PBA)
	Soria (Jujuy)	Paroissien (PBA)

PBA: provincia de Buenos Aires; CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

los equipos de salud especializados (médicos, enfermeros y obstétricas de servicios de neonatología, terapia intensiva pediátrica, obstetricia y ginecología, adolescencia, citología, etc.) de los hospitales capacitadores en los servicios asistidos. En estas visitas se promueven cambios en las prácticas que sustentan el modelo de gestión –llave del problema– y el Modelo de atención. El desafío es lograr que todo lo que se debe hacer se pueda hacer, lo cual no depende tanto del conocimiento teórico como de la capacidad de gestión de todos los actores implicados. La regionalización de la atención perinatal implica el pasaje de un sistema de provisión de servicios de respuesta espontánea a la deman-

da a otro planificado, en una nueva dimensión sanitaria, social, política y económica. Se fomentan, además, proyectos de participación comunitaria con eje en el cuidado de mujeres embarazadas y adolescentes.

#### 6. COMUNICACIÓN

La comunicación social tiene como propósitos la difusión del plan operativo, la instalación social del problema y el estímulo a la demanda.

#### 7. DESARROLLO

El plan comenzó a ejecutarse en septiembre de 2009 y se ha implementado ya en las provincias de Chaco (septiembre), Santiago del Estero (octubre), Formosa (noviembre), Misiones (marzo 2010),

Jujuy (abril) y La Rioja (mayo). En los próximos meses está prevista la incorporación de Entre Ríos, Salta, Corrientes y Buenos Aires, contemplando la meta propuesta de cubrir 11 provincias hasta fines del corriente año (Tabla 2).

#### CONCLUSIONES

El plan operativo de Reducción de las Mortalidades Materno-infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes es una estrategia innovadora basada en la evidencia, con cambios profundos en los modelos de atención de esas poblaciones. El objetivo principal es lograr una aceleración en la mejora de esos indicadores. La evaluación expost de las metas alcanzadas permitirá conocer su efectividad.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<sup>1</sup> *Estadísticas vitales - información básica año 2008*. Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación. Diciembre de 2009.

<sup>2</sup> Lomuto C, Nigri C. *Maternidades públicas argentinas ¿Cumplen las condiciones esenciales de funcionamiento?* Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Programa de Salud Perinatal. 2005.

<sup>3</sup> Frost L, Pratt B. *The Road Less Travelled: Barriers to poor children's healthcare utilization in Developing and Transitional Countries*. Save the Children. UK. 2008

<sup>4</sup> Schwarcz A. *Regionalización de la atención perinatal*. Noviembre, 2009 (observaciones no publicadas).

<sup>5</sup> Garibaldi MC. *Procesos de regionalización en Neuquén. Relación con la mortalidad infantil. 2010*. (Observaciones no publicadas)

<sup>6</sup> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

<sup>7</sup> Neto MT. Perinatal care in Portugal: effects of 15 years of a regionalized system. *Acta Paediatr* 2006; 95(11):1349-52.

<sup>8</sup> Yedlin P, Avellaneda F, Diosque M, Tirado S y de Sarasqueta P. Evaluación de impacto de dos estrategias combinadas para reducir la mortalidad infantil en Tucumán, Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, 2010; 1(2):6-12.

<sup>9</sup> Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *CMAJ*; 1995, 153. Disponible en <http://www.biomedsearch.com/nih/No-magic-bullets-systematic-review/7585368.html>

<sup>10</sup> Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, Rubin HR. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*, 282 (15):1458-65.1999 Oct 20.

<sup>11</sup> Fariña D. *La capacitación en servicio como estrategia de mejora de la calidad de atención de la salud: Análisis de su implementación en cuatro servicios de neonatología del Norte Argentino*. Tesis de Maestría. Universidad Isalud. 2006.