Preguntas a responder por el/la representante de cada partido:

1.- La Argentina tiene un sistema de salud federal, fragmentado y segmentado con diferentes fuentes de financiamiento e instituciones que proveen servicios de atención médica. En buena medida esta situación da como resultado un sistema poco eficiente, de alto costo y que reproduce o acentúa la inequidad en el acceso y la calidad de la atención.

¿Qué estrategias considera necesarias para reducir la inequidad en el acceso y mejorar la calidad de la atención en el campo de la salud materno-infantil?

En primer lugar es necesario reconocer a la salud como un derecho humano fundamental y entender a la inequidad como aquellas desigualdades injustas, que por lo tanto, deben evitarse.

El conjunto de estrategias propuestas estarán orientadas a ampliar la cobertura, el acceso, a brindar atención integral, adecuada y de calidad, sustentada en los valores de equidad y derecho a la salud.

En el campo de la salud materno infantil, la transformación de servicios de salud deberá brindar:

- mayor acceso equitativo a servicios de salud integrales y con prestaciones de calidad
- centrados no solo en los niños/as y madres, sino que contemplen su entorno familiar y comunitario
- una fuerte y sólida presencia del Estado, replanteando y fortaleciendo su rol y funciones de rectoría y gobernanza
- servicios de salud con financiamiento y con criterios de eficiencia y equidad
- un mayor acceso a la prestación de servicios eliminado el pago directo de bolsillo
- una coordinación multisectorial para el abordaje integral del conjunto de los determinantes sociales de la salud, garantizando la sostenibilidad para una cobertura universal
- un enfoque dirigido a mejorar la calidad de los servicios y atención, evitándose los desequilibrios y las desigualdades
- establecimiento de criterios y estándares de calidad uniformes que deberán ser consensuados a fin de contar con una amplia aceptación y puedan ser incorporados como dimensión de análisis en el proceso de cuidado de la salud en su conjunto
- se propondrá la utilización de herramientas orientadas a la evaluación de la calidad, para afianzar el proceso de mejora continua e institucionalizar la gestión de calidad como parte sustancial del sistema de salud en la provisión de servicios, gestión y financiamiento.

¿Considerando el sistema federal de salud vigente, qué medidas propone su fuerza política para fortalecer la capacidad de rectoría del Ministerio de Salud de la Nación, su articulación con los Ministerios de Salud Provinciales y mejorar las respuestas del sistema de salud y reducir las inequidades entre provincias y grupos sociales?

Nuestro concepto es que la fragmentación del sistema es una característica del sistema de salud de Argentina. Nuestra estrategia es sostener los subsectores y crear los Sistemas Públicos de Cobertura de Salud Jurisdiccionales con presupuesto del Estado para los pacientes sin cobertura. Fortalecimiento de la Evaluación Tecnológica.

Es imprescindible que una Ley Nacional, la fragmentación, establezca el diseño y actualización del PMO, el fortalecimiento del primer nivel de atención para mejorar la accesibilidad, estrategia de atención primaria de la salud y programa de calidad para todos los Subsectores

Es necesario avanzar en el fortalecimiento del papel rector del Ministerio y consolidar su liderazgo dentro del sector, generando competencias para la negociación con otras áreas que inciden sobre la salud.

El rol de rectoría debe fortalecerse en todos los ámbitos de la salud, sin diferenciar las fuentes de financiamiento. Debe tener en cuenta la estructura federal del país y las condiciones de estructura y organización institucional de cada una de las provincias.

Esto no implica generar procesos de planificación y/o administración centralizada; por el contrario, implica consolidar su papel de regulador, más aún cuando prevalece una tendencia hacia la separación de las funciones de financiamiento, aseguramiento y/o provisión de servicios por parte del sistema.

Aún con una inversión en salud de más del 8% del PBI, Argentina no ha logrado alcanzar una cobertura y acceso universal, por lo que es evidente que son necesarias algunas transformaciones.

Por lo tanto, para fortalecer la capacidad de rectoría del Ministerio de Salud, es necesario:

- Orientar a las instituciones del sector, movilizar instituciones y grupos sociales en apoyo de una Política Nacional de Salud que garantice el ejercicio pleno de derechos.
- Vigencia de un marco normativo sanitario orientado hacia la promoción y protección de la salud y la prevención de enfermedades.
- Disponer de información estratégica para la gestión integrada del sistema.
- Desarrollar en cada una de los Estados provinciales la capacidad de rectoría en materia de salud materno infantil, ya que sus competencias son concurrentes con las del Ministerio de Salud de la Nación en la producción de cuidado de la salud.
- Garantizar la complementariedad de recursos de diversas fuentes de financiamiento, que aseguren equidad en el acceso a los servicios de salud.
- Una sinergia en la planificación, programación y ejecución de políticas multisectoriales.
- Asegurar el acceso a un conjunto garantizado de prestaciones de cobertura de servicios de salud, o generación de planes específicos para grupos especiales de la población fundamentalmente en situaciones de vulnerabilidad social, como garante del aseguramiento sanitario.
- Fortalecimiento de los espacios de consenso interjurisdiccionales, como son actualmente el COFESA (Consejo Federal de Salud) y los CORESA (Consejos Regionales de Salud), para el acuerdo conjunto de políticas y nuevas iniciativas de mejora de salud.

¿De qué manera su fuerza política piensa abordar la fragmentación y segmentación del sistema de salud en nuestro país?

En consonancia con lo expresado en el punto anterior, la organización del sistema en subsectores público, privado y seguridad social, requiere de una fuerte presencia del Ministerio de Salud con carácter rector y regulador.

Hoy existe una amplia y heterogénea oferta de recursos; oferta que se encuentra muy fragmentada y con grados variables en sus estándares de calidad. Es necesario consolidar acuerdos que potencien el desarrollo de modelos integrales de salud que articulen las respuestas del sistema a fin de abordar las necesidades de salud y sus determinantes. Estos acuerdos deben contar con la definición de estructuras prestacionales claras en cuanto a los modos de producción e integración de las líneas de cuidado de las madres y los niños/as.

Por ello, el eje estará puesto en adecuar articuladamente las respuestas del sistema a las necesidades de salud y expectativas de la población objetivo, en contraposición a un sistema

organizado y funcionando en base a la oferta de servicios, centrado en la enfermedad, y con alta fragmentación de la atención.

Por ello, para hacer frente a la fragmentación impulsamos:

- cambiar de manera progresiva el enfoque centrado en la enfermedad con el que se diseñan los programas por uno de carácter integral por ciclo de vida: niños/as, adolescentes, mujer y embarazo
- la progresión del cuidado y el armado de redes de atención integrada según nivel de riesgo, basadas en la estrategia de APS.

En este sentido el MSAL en sus funciones de regulación y rectoría es el que define consensos prestacionales y modos de compensación entre los distintos subsectores a fin de alcanzar un marco de equidad en el abordaje de los problemas de salud, independientemente del tipo de cobertura y provincia donde residan las personas.

¿Cómo visualiza su fuerza política el rol del Estado para lograr una cobertura universal, de alta calidad y equitativa para todos los ciudadanos del país, considerando los 3 subsistemas de financiación de la salud existentes?

Actualmente existen en la Argentina 3 subsistemas de financiación de la salud tal como se expresó en las respuestas anteriores: el público, que garantiza el acceso a la población sin otro tipo de cobertura; la Seguridad Social, que da cobertura a los trabajadores y sus grupos familiares y el privado, que es una contratación económica directa de los usuarios a las empresas de medicina prepaga.

Estos subsistemas dan cobertura a la totalidad de la población, de manera diversa. En este escenario el rol rector del Estado, a través del Ministerio de Salud resulta esencial.

Se trabajará entonces en la readecuación de los marcos legales y regulatorios en materia de derechos que resulten necesarios en pos del cumplimiento de los objetivos planteados de cobertura universal, de alta calidad y con acceso equitativo para todos los ciudadanos del país.

Se definirá por consenso el conjunto universal de prestaciones a garantizar a todos los ciudadanos que, apoyadas sobre las evidencias científicas, contemplen las perspectivas de género, diversidad cultural y ética. Se aplicará el enfoque multidisciplinario en la evaluación de la tecnología de la salud. Se propiciará la transparencia a través de la difusión y rendición de cuentas a la sociedad.

Para que esto sea posible, resulta necesario consolidar la solidaridad interna del sistema, y trabajar en el compromiso de toda la sociedad, promoviendo la participación de los actores involucrados, en donde el Ministerio de Salud actúe en su rol rector y regulador.

Para lograr la cobertura universal, resulta indispensable definir e implementar líneas de acción que disminuyan las barreras de acceso a la salud, en especial las que operan en los sectores de la población que se encuentran en situación de pobreza y/o vulnerabilidad socio sanitaria. Estas barreras de acceso geográficas, culturales o económicas requerirán del trabajo en la ampliación de la red, en la capacitación permanente de los equipos de salud y en la eliminación de todo pago directo en el momento de la prestación del servicio.

Se trabajará en el desarrollo de modelos de atención centrados en las necesidades de los niñ@s y sus familias, considerados en sus contextos comunitarios.

Se trabajará en el aumento de la capacidad de resolución del 1° nivel de atención, el que estará articulado en redes integradas de salud, basadas en la estrategia de atención primaria.

Para ello, se extenderá la oferta de centros de salud y aumentará su capacidad de resolución.

Se garantizará el acceso a los medicamentos y tecnologías sanitarias, propiciando su uso racional y trabajando con los profesionales en la definición de los perfiles prescriptores.

Se propiciará la regulación que garantice medicamentos seguros, confiables y de buena calidad para todos.

Se desarrollarán programas específicos que propicien el empoderamiento de las personas en el cuidado de su salud, haciendo énfasis en el conocimiento de sus derechos y obligaciones y reconociendo el rol de las mujeres como agentes naturales de salud en el ámbito familiar.

2.- Existe amplio consenso en señalar las falencias en la organización sanitaria materna-infantil como uno de los principales obstáculos para lograr el descenso de la alta mortalidad materna y profundizar la reducción de la mortalidad infantil, especialmente para reducir brechas entre provincias y al interior de algunas provincias. Se han implementado diversas estrategias, algunas en el país y otras internacionalmente, algunas de reconocida eficacia.

¿Qué estrategia desarrollará su fuerza política para enfrentar esta problemática?

En primer lugar, conocer el estado en que se encuentran las Maternidades, sus recursos, el capital humano y el grado de cumplimiento de las CONE. Si bien más del 80% de los partos se dan en maternidades que cumplen con estas condiciones, aún existen partos en maternidades no seguras.

Si bien la regionalización no se ha implementado en todo el país, es importante avanzar en esta estrategia de organización de la atención perinatal, dado que se ha demostrado la relación inversa entre la calidad de los servicios de neonatología y los resultados de mortalidad neonatal. Si bien esto es más claro en el componente neonatal, se espera que también influya en la salud materna, al reconocerse que lo bueno para uno es también bueno para el otro.

Cuando los bebés de mayor riesgo como los prematuros de peso menor de 1500 g) o embarazos de menos de 32 semanas nacen en unidades de mayor complejidad, es mayor la posibilidad de sobrevida. Por ello es importante logar que los niños de riesgo tengan una oportunidad de atención adecuada y en tiempo en maternidades de alta complejidad.

Este modelo ayudará en la adecuación del recurso profesional (neonatólogo) como de las enfermeras neonatales especializadas, considerados recurso crítico de las unidades de neonatología, debiendo enfocarse también una propuesta progresiva de un cambio en la carga horaria de trabajo de los profesionales de estas áreas críticas , buscando modalidades de consenso con las sociedades científicas y gremiales para proteger al mismo .

¿Qué opina de la atención coordinada en salud materno infantil en el Área Metropolitana de Buenos Aires? (CABA y Conurbano bonaerense, 40 % de los nacimientos en el país).

Es imperativo avanzar en la conformación de un área que abarque ambos territorios, que ordene y regularice la atención que hoy se da manera informal y anárquica. La importancia no es sólo por el número de nacimientos que representan, sino por las oportunidades perdidas en la captación precoz y seguimiento de las madres y los recién nacidos.

La implementación del AMBA como área para la atención de la salud perinatal requiere de la firma de un convenio entre ambas jurisdicciones, junto con el conocimiento de los corredores sanitarios existentes y la conformación de un área orgánica como organismo *Coordinador de la referencia y*

contrarreferencia de pacientes para ambos distritos CABA y Pcia de Bs As , con personal técnico y profesional de ambos sistemas.

3.- El Programa SUMAR se define en su presentación oficial "como la ampliación del Plan Nacer, que en el año 2005 inició un camino innovador en la gestión sanitaria en Argentina, consolidando políticas públicas más inclusivas y equitativas. Con el Programa SUMAR, se reafirma y profundiza la gran alianza federal constituida con el Plan NACER para fortalecer los sistemas provinciales de salud a través de un novedoso modelo de política pública".

¿Qué opinión tiene su fuerza política sobre este tipo de programas?

Este tipo de programa es muy útil porque su cumplimiento puede apoyar a la Jurisdicción en establecer un Seguro Público de Salud para los pacientes que no tienen cobertura. Así se está desarrollando Cobertura Porteña de Salud que es una Ley de la CABA

¿Podría mencionar fortalezas y debilidades en su implementación?

Incremento de los montos para cada Jurisdicción, falta de clering entre las jurisdicciones

¿Qué proponen para resolver estas deficiencias, en caso considere que existen?

Historia Clínica Computarizada común a todas las Jurisdicciones y Clering de pacientes con pagaos a los prestadores de cada Jurisdicción

4.- En nuestro país existe una enorme dispersión tecnológica, no hay normas de uso, ni recomendaciones o regulaciones para la incorporación de nuevas tecnologías.

¿Cuál es la propuesta de su fuerza política para enfrentar este problema?

Los avances y cambios tecnológicos permanentes demandan la existencia de un área específica que trabaje en la estandarización, adecuación de su uso sobre la base de evidencias científicas probadas ,regulando la normalización de las prácticas, consensuando con sociedades científicas con la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos), y con la Superintendencia de Servicios de Salud , ya que toda nueva tecnología o tratamiento farmacológico lleva implícito un costo económico e impacto en el sistema , debiendo analizar estos aspectos con la finalidad de que la misma llegue al paciente o enfermo .

Estas áreas son definidas como Áreas de Tutelaje y Nuevas tecnologías en Salud, y la misma debe tener potestad de decisión para promover nuevas prácticas médicas o nuevos fármacos

Esto disminuirá la variabilidad de su uso y garantizará un acceso equitativo para todos los ciudadanos.

5.- Los estados signatarios de los Compromisos del Milenio, entre ellos la Argentina, se comprometieron a cumplir para el año 2015 diferentes metas relacionadas a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). El ODM 5 se refiere a la reducción en ¾ partes de la Razón de Mortalidad Materna entre 1990 y 2015. Nuestro país no ha alcanzado esta meta aún cuando en los últimos años el número absoluto de muertes maternas, a nivel nacional, se ha reducido.

¿Cuáles son las acciones inmediatas y de mediano plazo que debieran implementarse y/o fortalecerse para reducir sustantivamente las muertes maternas?

Continuar con los programas de protección social en salud a fin de garantizar el acceso y cobertura de las mujeres en edad fértil.

Fortalecer las estrategias para el control precoz y suficiente de los embarazos, procurando que los partos se realicen en maternidades que cumplan con las CONE.

Garantizar la calidad de atención del embarazo, parto y puerperio, para lo cual se debe contar con todos los recursos necesarios y una supervisión en el cumplimiento de las acciones dirigidas a la atención de situaciones de riesgo.

Prevención del embarazo adolescente

Educación sexual y reproductiva en escuelas.

Expansión del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, brindando consejería en MAC para la planificación de embarazos, adecuadas a cada situación particular de las mujeres y sus parejas.

Promoción de los derechos de la mujer

Prevención de la Violencia de Género

Prevención del aborto y atención integral de las mujeres con aborto en curso

6.- Existe evidencia creciente sobre la importancia del control prenatal de calidad y seguimiento de la embarazada no sólo sobre la salud de la gestante sino sobre la salud y desarrollo de su futuro bebé.

¿Cuál es la propuesta de su fuerza política para el abordaje del control del embarazo y qué opinión tiene sobre la inclusión de problemáticas tales como: violencia, salud mental, stress durante el embarazo, barreras culturales en la atención u otras que considere?

Existe información que muestra que más del 5% de las mujeres concurren a la maternidad para tener a sus bebés sin haber tenido contacto previo con el sistema de salud. Esto dificulta la detección de situaciones de riesgo de manera anticipatoria.

Existe probada evidencia que un control precoz y oportuno del embarazo es esencial en el reconocimiento de situaciones de riesgo que puedan poner en peligro la vida de la madre y el niño. Estos riesgos no son solamente clínicos, sino que trascienden las acciones propias de salud. Su reconocimiento requiere fortalecer acciones articuladas con otras áreas de gobierno a fin de lograr un abordaje integral y un acompañamiento durante esta etapa vital de la mujer.

Promover acciones tendientes a proteger los 1000 días, (periodo del embarazo más los 2 primeros años de vida del niño), como prevención y proyección futura del binomio madre – niño.

El grado de inmigración en nuestro país es alto, por lo cual es necesario conocer las pautas culturales y la adecuación de los equipos de salud en el respeto por la diversidad y su cosmovisión.

Hoy la violencia de género es un tema que está en la agenda pública; es necesario avanzar en políticas de protección de derechos de las mujeres que garantice el ejercicio de sus derechos.

Un dato disponible sobre el que también se trabajará, será la reducción de la violencia obstétrica, que aún persiste en múltiples establecimientos de salud tanto público como privados , trabajando en asociación con la CONSAVIG Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones por Violencia de Género .

7.- El aborto inseguro continúa siendo la principal causa individual de mortalidad materna en

nuestro país.¿Cuáles son las acciones que deberían implementarse y/o fortalecerse para evitar las muertes por complicaciones de abortos inseguros?

La situación que lleva a una mujer a la interrupción voluntaria del embarazo, es diversa pero lo que refleja es un fallo del sistema de salud. Es el punto final de una cadena de eventos no cumplidos cuyos efectos ocasionan un alto costo físico y emocional para la mujer. Algunos de los factores que intervienen en este proceso se vinculan con la falta de información, de educación para la salud, consejería y/o acceso a MAC y/o de acompañamiento del sistema de salud en todo el proceso. Es posible observar que un alto número de estas interrupciones voluntarias de los embarazos muestran una correlación entre la inseguridad y el nivel socioeconómico porque acceden a prácticas potencialmente riesgosas para su vida.

El eje para evitar estas prácticas estará centrado en la educación sexual y reproductiva en edades tempranas de niñas y niños así como en la autonomía del ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Todos los hombres y mujeres deben tener a su alcance información completa y servicios que ofrezcan métodos seguros y eficaces para evitar embarazos, incluida la anticoncepción de emergencia en el marco de su libertad para decidir si tener hijos o no y cuando tenerlos.Los abortos siguen siendo una de las principales causas de egresos hospitalarios. El objetivo es trabajar en su disminución.

8.- En la Argentina el aborto no está penalizado cuando corre riesgo la vida o la salud de la mujer, cuando el embarazo ha sido producto de una violación o cuando el embrión tiene una malformación severa incompatible con la vida. La información disponible muestra que este marco normativo no se cumple en la mayoría de las provincias del país, incluso a pesar de la sentencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación de 2012. Hay provincias o jurisdicciones que no disponen de políticas activas para garantizar el acceso de las mujeres al aborto en las situaciones previstas por la normativa vigente.

¿Qué estrategias propone su fuerza política para garantizar el cumplimiento de la legislación vigente?

La principal dificultad que enfrentan los equipos de salud para dar cumplimiento a la legislación vigente en materia de aborto, responde a un universo de profesionales objetores de conciencia, que se enmarcan en sus propias concepciones religiosas, éticas y morales.

En ese marco, por un lado se trabajará en la generación de espacios de debate público, que sensibilicen acerca de la necesidad de dar cumplimiento a la ley en esta temática y refuercen en la agenda pública la cuestión del aborto.

Por otro lado, cada establecimiento y jurisdicción trabajará en la identificación de equipos de salud con mayor disponibilidad y capacidad para realizar los abortos no punibles, a fin de desplegar una capacidad de empatía y contención con la mujer que debe atravesar ese traumático evento de salud.

9.- Una de las propuestas estratégicas delineadas por ASUMEN desde su creación en 2009 fue establecer un esquema de protección social para las mujeres embarazadas y puérperas. Desde mayo de 2011 comenzó a implementarse en nuestro país la extensión de la Asignación Universal por Hijo a las Mujeres Embarazadas.

¿Cuál es la opinión de su fuerza política sobre esta asignación? Puede mencionar sus fortalezas y debilidades?

La asignación para protección social de las mujeres durante el embarazo y puerperio es absolutamente necesaria, como política pública de una Nación que protege los derechos de su población más vulnerable.

En la Ciudad de Buenos Aires existe también el Programa Primeros Meses que da protección a la mujer embarazada en un continuum que abarca hasta el primer año de vida del niño. Esa misma será la propuesta para implementar en el nivel nacional.

¿En caso de haber mencionado debilidades como propone abordarlas?

La importancia de este tipo de transferencia es alcanzar la cobertura del universo a proteger con el beneficio, por lo que deben instrumentarse las medidas que aseguren esa cobertura, a través de búsqueda activa con conductas proactivas del nivel central y otro tipo de estrategia de detección barrial, comunitaria y de los equipos de educación, sociales y de salud con inserción territorial.

¿Cómo propone su fuerza política evaluar los resultados de esta estrategia?

A través del monitoreo y evaluación permanente:

- Historia clínica perinatal
- SIP, Sistema Informático Perinatal
- Control de asistencia a las citas programadas
- Identificación de factores de riesgo socio sanitarios y seguimiento personalizado según perfil de la embarazada y caracterización de su entorno familiar por equipos de Servicio Social (trabajador social referenciado –T.S.R)

Considera que se debe extender el periodo de cobertura a la madre desde el inicio del embarazo hasta los 6 meses de postparto?

Por supuesto que la cobertura debe extenderse hasta el año de vida del niño, como mínimo y enfocando una cobertura ampliada a los 1000 días ya definido anteriormente (embarazo más los 2 primeros años de vida , 270 días de embarazo más 730 días de los 2 años de vida del niño.

10.- En la Argentina las defunciones maternas no están incluidas entre los eventos de notificación obligatoria del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE). Hasta la fecha, la información y el análisis de las muertes maternas se encuentran sustentados fundamentalmente en el Sistema Nacional de Estadísticas de Salud, a través del subsistema de Estadísticas Vitales. En el año 2007, con la implementación de la resolución 640/07 se buscó incorporar la obligatoriedad de un sistema centinela de la mortalidad materna al sistema de vigilancia epidemiológica nacional en el ámbito de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. El objetivo general era mejorar la accesibilidad a la información sobre las defunciones maternas en forma continua y en tiempo real en el nivel nacional, pero su implementación no alcanzó los resultados esperados.

¿Cómo piensa su fuerza política abordar la problemática de vigilancia epidemiológica de las muertes maternas?

Creando y/o revitalizando los Comités Hospitalarios de vigilancia de muerte materna, sea cual fuere el subsector, involucrando a todos los establecimientos con maternidad, atención gineco obstétrica y/o terapia intensiva de adultos.

Las muertes maternas son evitables

Se ha identificado un alto sub registro de muertes maternas, por lo que se debe incluir la vigilancia de mujeres en edad fértil. Se trabajará en la vigilancia de las mujeres en edad fértil, de 10 a 49

años, ya que en muchos casos encubre muerte materna no registrada en los certificados de defunción. Para ello se trabará con el listado de causas sospechosas definido por la OMS.

El objeto de esta vigilancia es favorecer la identificación de los puntos críticos del proceso de atención al interior de los servicios, a fin de conocer la magnitud real y los factores que intervienen en el condicionamiento del riesgo y la mortalidad para poder evitarla.

¿Considera que existen otros eventos que deberían ser incluidos dentro de los sistemas de vigilancia activa (por ejemplo, morbilidad materna severa?

En los últimos años se observa una tendencia decreciente de las muertes maternas. En ese marco, la presencia de casos graves, que ponen en riesgo la vida de las mujeres, debe ser analizada, porque permite aumentar el universo a estudiar y mejorar los planes y programas de intervención tendientes al mejoramiento de la salud materna.

También se trabajará sobre las trazadoras de morbilidad, que es un complemento para la investigación de las muertes maternas y constituye un indicador de calidad de la atención. Está asociada a la detección precoz de las patologías más frecuentes durante el embarazo, donde la falta de un buen seguimiento es una oportunidad perdida, no sólo para las patologías en si mismas sino para las complicaciones asociadas.

Siempre el eje de las políticas de salud estará puesto en la prevención de la salud, evitando la instalación del daño.

11.- Si bien los Programas de Educación Salud Sexual Integral (Ministerio de Educación) y Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ministerio de Salud), se hayan en pleno desarrollo, aún persisten problemas en su implementación.

¿Cuál es la política de formación y perfeccionamiento de los recursos docentes en el campo de la Educación Salud Sexual que propone su fuerza política?

¿A qué ámbitos deben estar dirigidas las acciones: público, privado, laico, confesional?

Por supuesto que a todos los ámbitos

¿Cuáles son las propuestas que tiene su partido político para evaluar el rol del Estado como garante de la Educación Salud Sexual en el sistema educativo de nuestro país?

Corresponde que responda Ministerio de Educación

12.- El déficit cuali-cuantitativo del Capital Humano de Enfermería en nuestro país es crítico. Los cuidados de enfermería de calidad inciden notablemente en la salud de toda la población, con énfasis en la atención de grupos vulnerables como el materno infantil y en especial en los cuidados para la sobrevida de recién nacidos prematuros. La escasez de Enfermería pone en peligro los objetivos de la salud y desafía nuestra capacidad para satisfacer las necesidades de las personas y la comunidad. Se sacrifica la seguridad y la calidad de atención de los pacientes. Se deshumaniza el cuidado. Se incrementan las iatrogenias, los errores en la medicación, los eventos adversos y las infecciones intrahospitalarias. Aumentan los días de estadía y la morbimortalidad. Stress del personal - Síndrome de Burn out –, ausentismo elevado. Abuso y violencia contra el personal Sanitario. El gasto sanitario se multiplica y la insatisfacción de los pacientes, familia y comunidad aumenta.

¿Qué estrategia plantea su fuerza política para fortalecer el capital humano de enfermería en nuestro país?

¿Qué posición tiene frente al Proyecto de Ley: "Formación del Recurso Humano de Enfermería - Plan de Desarrollo de la Enfermería. Declarar la Emergencia Nacional de los Recursos Humanos de Enfermería" Nª de Expediente 1566-D-2011 Trámite Parlamentario 023 (06/04/2011), que perdiera estado parlamentario en el 2010?

13.- Según el Informe de UNFPA, OMS e ICM (International Confederation of Midwives): "El estado de las Parteras (Obstétricas) en el Mundo 2014", el que analiza el panorama mundial de la Partería, refleja un déficit de este RRHH y requiere la inversión inmediata para prevenir aproximadamente dos terceras partes de las Muertes Maternas y Neonatales. Y hace un llamado a la acción para que los países aseguren que el personal de partería (Obstétricas) esté respaldado por educación de calidad, reglamentación y gestión eficaz de recursos financieros y de RRHH. En nuestro país las obstétricas cuentan con educación universitaria de calidad, pero están subvaloradas y no cuentan con legislación adecuada. Teniendo en cuenta la grave situación de la Mortalidad Materna en la Argentina:

¿Qué postura tiene su Fuerza Política frente al "Proyecto de Ley: 2895-D- 2014/2015" el que cuenta con dictamen favorable según Orden del Día N° 1551, de las Comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Legislación General y de Educación, el cual regularía el ejercicio profesional de la Obstétricas?

Se considera indispensable asegurar la profesionalización de las obstétricas por su rol esencial en el acompañamiento de las mujeres a lo largo de su proceso de embarazo, parto y puerperio. Diversas encuestas realizadas a las mujeres durante este período de su vida, muestran la preferencia por estar con su obstétrica por sobre los tocoginecólogos, por el tipo de vínculo cercano y empático que promueven, por lo que su lugar junto a las mujeres resulta esencial en el sistema de salud.

¿Cómo solucionaría su fuerza Política el déficit de este RRHH en Argentina?

En este sentido, se establecerán líneas de trabajo con AFACIMERA, a fin de asegurar que la formación de este RRHH esté contemplada en la totalidad de las facultades de ciencias médicas de la Argentina.

14.- La última cifra oficial de la Tasa de Mortalidad Infantil (donde el componente neonatal - niños menores de 28 días- es el más importante) en nuestro país fue de 10,8 x mil pero con una variación provincial entre 7,7 x mil en Tierra del Fuego y 14,9 x mil en Corrientes, expresión de la inequidad social.

¿Qué estrategia tiene planificada su fuerza política, a corto y mediano plazo, para reducir la mortalidad infantil a nivel nacional, particularmente en aquellas provincias donde la situación es más crítica?

Se trabajará bajo la concepción de la regionalización perinatal. En este sentido, se desarrollará un programa de fortalecimiento de las maternidades IIIB, con capacidad para recibir a las embarazadas de riesgo y a los recién nacidos de menos de 32 semanas y/o menos de 1500 gramos.

En la misma línea, se fortalecerán los dispositivos de capacitación permanente en servicio para Neonatología y Obstetricia crítica; se reforzará el equipamiento perinatal de las maternidades de cabecera y se asegurará el traslado desde los establecimientos de menor complejidad hacia las maternidades de complejidad mayor.

Para estos casos se asegurará la existencia de Residencias para Madres, puesto que en las situaciones que las mujeres deban permanecer fuera de sus localidades de residencia por largas estadías de sus niños en la Neo, puedan garantizarse los mecanismos que aseguren el ingreso irrestricto de las mamás junto a sus bebés.

La baja de la mortalidad neonatal precoz, gran componente estadístico de la tasa completa requiere del adecuado ensamble y desarrollo de programas de salud sexual y reproductiva, de derechos de la mujer, de seguimiento adecuado y de calidad del embarazo y de también un adecuado acceso a la tecnología médica neonatal de hacer falta y de un cuidado profesional de calidad y competencia en esas áreas.

En relación a la mortalidad infantil posneonatal se requiere no solo de aspectos sanitarios sino socio culturales , que contemplen la salud ambiental , la reducción del tabaquismo en los ambientes con mujeres embarazadas o niños lactantes , la adecuada alimentación de la mujer embarazada y del niño lactante y en edad escolar , la cobertura completa del calendario amplio de inmunizaciones y promover también campañas de difusión y educación en prevención de eventos incidentales traumáticos en vía publica y en domicilio en donde están involucrados la población infantil .

En poblaciones con menor acceso a unidades sanitarias por cuestiones geográficas, es de importancia el trabajo de los referentes comunitarios y/o educativos en estos aspectos.

15.- La principal causa de mortalidad infantil es la prematurez (50 %). Los recién nacidos prematuros que sobreviven, al ser dados de alta de internaciones prolongadas y costosas, requieren asistencia especializada e interdisciplinaria que actualmente no está asegurada en nuestro país. En el 2011 se presentó el Proyecto de ley Ex.S 1763/11 que fue aprobado por unanimidad en el Senado y en Diputados, pero por no tratarse perdió status parlamentario, en marzo del 2015 nuevamente se ha presentado.

¿Cuál es la propuesta de su fuerza política para esta población vulnerable? ¿Su fuerza política propiciaría o apoyaría un proyecto de ley que garantice estos recién nacidos de alto riesgo las prestaciones que estos requieren? ¿Propone alguna estrategia para disminuir la alta deserción en los programas de seguimiento del recién nacido de alto riesgo?

Independientemente de la existencia de una ley específica, es responsabilidad directa de la autoridad de salud velar por el cuidado de todos los habitantes, incluidos los niños prematuros.

Para este caso puntual, se trabajará fuertemente en el control del embarazo y detección de situaciones de riesgo, a fin de realizar las intervenciones oportunas que permitan disminuir la alta tasa de prematurez.

Pero, en el caso del nacimiento de niños prematuros, se asegurará la atención y prestaciones que sus situaciones de salud requieran, promoviendo el acceso a tecnología medica necesaria y a una atención profesional de calidad y comprometida.

Por otra parte, se trabajará en la movilización de recursos comunitarios que permitan reclutar el capital social de las poblaciones en el cuidado y seguimiento de los niños en el ámbito territorial de sus hogares.

16.-¿Cuenta su fuerza política con una plataforma documentada sobre la salud materno infantil y adolescente en nuestro país? En caso afirmativo, agradeceremos por favor nos indique la forma de acceso a la publicación o acceso en línea a la información mencionada.

Los lineamientos son los expresados en la Ley Básica de Salud 153 de la CABA