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 citar que para la poblacion general, la cobertura de obras sociales de todo tipo (nacionales, provinciales, universitarias, etc.), PAMI y seguros privados (empresas de medicina prepaga) es de aproximadamante el 68%, siendo el 32 % restante de responsabilidad exclusiva del sector publico (nacional, provincial y municipal). En el caso de los menores (con residencia urbana) esta responsabilidad del sector publico alcanza el 47%. Resulta entonces necesario en primer lugar fortalecer el sistema publico responsable de estos universos (ver mas abajo).En segundo lugar debe radicarse la vision de la salud maternoinfantil (y creemos de todo el sistema sanitario) en una estrategia de proteccion social en salud con enfoque familiar, porque sobre esta unidad inciden conjuntamente multiples factores (nivel economico-social; regimenes de trabajo de los jefes de familia; nivel educativo, etc.), que no pueden disociarse en la atencion sanitaria.

¿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?

Sostenemos que el Estado Argentino ha abandonado su capacidad y obligación de conducir el sistema de salud en su conjunto, y establecer las políticas de salud que operando de un modo integral aporten a superar la fragmentación y segmentación que lo caracteriza y disminuir las brechas de equidad en el acceso a la salud hoy verificables. La notoria incapacidad del gobierno nacional de conducir integralmente todo el sistema de salud expresa el abandono del Estado en su rol de igualador de oportunidades y de implementador a través del marco normativo, la financiación y la regulación del sistema de políticas públicas en la materia. Un capitulo importante recae sobre el % de financiamiento publico fiscal puro en salud, porque esta constiuye una herramienta central del ministerio de salud nacional para hacer sostenible su intervencion en terminos de compensacion de las diferencias jurisdiccionales. Actualmente, este recae mayoritariamente en las provincias, en las cuales mas alla de las profundas diferencias entre ellas, se aporta aproximadamente 1,5% del PBI, mientras el sector publico nacional contribuye con solo 0,40% del PBI (valor similar al aplicado por los municipios, que no recaudan fondos especificos para salud). De esta manera la capacidad de intervencion de la autoridad sanitaria nacional se ve muy limitada en terminos de su capacidad de establecer compensaciones que restablezcan el desequilibrio provincial (comparese esta situacion con el sector educativo, donde el aporte fiscal puro

supera el 6% del PBI). A su vez la Nacion posee funciones, atribuciones y responsabilidades no prorrateables entre las provincias (sanidad de fronteras, relacion con los organismos internacionales, control de medicamentos, investigacion sanitaria,etc.). Debe considerarse ademas, que siguiendo la opinion de los constitucionalistas, las Provincias no delegaron en el gobierno central atribuciones sobre la salud (capacidad legislativa y presupuestaria, poder de policia sanitaria,etc.), a mediados del siglo XIX, habiendolas retenido, pero debe considerarse que al tiempo de la reorganizacion nacional, salud no era una cuestion a definir por un gobierno, como si lo eran la educacion y la justicia, por lo cual no hubo delegacion simplemente porque según el pensamiento prevaleciente en esa epoca, no existia materia para delegar (por parecidas razones las atribuciones sobre e.atomica, telecomunicaciones o navegacion aerea no fueron cuestiones retenidas o cedidas explicitamente). Se reconoce en el Preambulo de la Constitucion, el valor de pactos preexistentes; hoy el tema sera establecer un pacto prospectivo referido a las cuestiones sanitarias no determinadas explicitamente (vinculacion entre las o. sociales nacionales y los servicios publicos de salud; constitucion de una red unica de servicios independientemente de su condicion publica-privada, etc.) hasta el presente (ver mas abajo).

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

La fragmentacion del sistema tiene 3 dimensiones, cada una de las cuales requiere una respuesta diferente:

Territorial: los indicadores sanitarios dependen del desarrollo económico de cada región, el proceso de descentralización ha tenido una multiplicidad de respuestas locales, con multiples resultados de equidad y eficiencia. Cada provincia opera con sus particulares restricciones presupuestarias , sus políticas sanitarias, perfiles de demandas, marcos regulatorios específicos (regulaciones sanitarias propias, legislaciones laborales únicas para el personal de la administración pública, etc.) y diferente grado de desarrollo de la oferta privada. El carácter federal del sector público de salud no es en sí un problema pero la falta de conducción y de articulación entre las provincias sí lo es. De allí la necesidad de convertir al COFESA en una estructura orgánica – funcional con misiones y funciones de conducción definidas, integrando a la SSS, ANMAT, PAMI, etc a esta estructura. Ademas de la respuesta sanitaria, esta dimensión exige soluciones en términos de financiamiento general de las provincias (coparticipación federal, ATN, etc.-ver mas abajo)

Derechos: cada sector de la población tiene derecho a un nivel diferente de atención en función de sus capacidades economicas y ubicación en el mercado de trabajo, y esto es fuente de inequidades e ineficiencias que requieren reformas tendientes a lograr una mayor integración entre los subsistemas. La multiplicidad de fuentes de financiamiento, con una fuerte participación de recursos de base contributiva es un obstáculo importante pero no insalvable para lograr un sistema

más integrado y equitativo con efectos importantes en materia de equidad y cohesión social. Esta dimension exige la inmediata integracion de redes de atencion conformadas por el sector publico, las obras sociales dependientes del control de la SSS; el PAMI y las obras sociales de las FFAA, Policia Federal y SPF.

Regulacion: para lograr avances sustantivos en la organización del sector,la lógica de intervención no debe surgir de un marco regulatorio que repita la fragmentación del mercado y esté ausente la visión integradora. Para esta dimension resulta imprescindible la dependencia estrecha de la SSS del Ministerio Nacional, asi como la reintegracion al control de la misma del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) (por otra parte previsto por la ley, pues el mismo es una obra social nacional conforme a lo previsto en la ley 23.660, y un agente del seguro conforme a la 23.661).

¿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?

Asumimos que el ejercicio efectivo de las funciones de rectoría que la normativa vigente le asigna al Ministerio de Salud y su correlato necesario: el empoderamiento político para tal efecto constituye un requisito básico para una acción de gobierno en Salud.
Se propone transitar hacia un modelo que proporcione una atención de salud en el lugar apropiado, en el momento oportuno, con la calidad necesaria y el costo adecuado, centrado en la búsqueda de la equidad, la integración de los sistemas de atención , la revalorización de la APS, el desarrollo y la evaluación de las nuevas tecnologías en salud, la medicina basada en evidencia y la participación activa de la población.
Proponemos la progresiva transformación hacia un sistema de atención de salud integral bajo la estrategia de Atención Primaria de la Salud a población nominada que actúe sobre los determinantes sociales de la salud y sobre las condiciones de salud establecidas, fortaleciendo la inter sectorialidad y enfatizando el desarrollo de políticas sanitarias basadas en el ciclo de vida de las personas. Propiciamos el desarrollo de Redes Integradas de Servicios de Salud, definiendo población y territorio que permita conocer la demanda para determinar la oferta de servicios mejorando el acceso, ampliando cobertura y seguridad a través de una estructura de red público-privada, única, de gestión descentralizada, organizada por niveles de atención, integral en los servicios e intersectorial, racional en el manejo de los recursos, que opera sobre metas y compromisos de acuerdo a las políticas y prioridades nacionales de salud y que promueva la participación a través de instancias y mecanismos de cogestión. El desarrollo de la estructura logística, informática y de transporte de la red de salud según niveles de complejidad es un requisito inexcusable para la presente iniciativa. Del mismo modo, el establecimiento de un piso basico de garantias en salud que asegure la cobertura para un mismo riesgo con independencia del lugar donde se habite, y se disponga

o no de la cobertura de algun tipo de seguro (recordar que el actual PMO solo alcanza a las o. sociales nacionales y las empresas de medicina prepaga).

El rol del Estado es clave, y la recuperación del poder de rectoría del del Ministerio de Salud nacional resulta una prioridad política. Algunas de las medidas centrales son:

1. ***Fortalecimiento del COFESA, otorgandole poder resolutivo, y no solo indicativo en algunas decisiones de la politica sanitaria (proveyendolo ademas de una estructura operativa permanente, con capacidad ejecutiva y financiamiento especifico proveniente de bienes coparticipables, de una manera similar al CFI).***
2. ***Establecer un Pacto Federal de Salud, que precise las fuentes de financiamiento; los mecanismos de integracion de los recursos y los alcances de las responsabilidades de los niveles central, provincial y municipal. En ese entorno, será necesario, desde lo político : Acceder a un gran acuerdo sobre las políticas de salud y principales líneas de acción entre todos los sectores y principales actores del sector: Nación (MINSAL– PAMI – SSS – ANMAT, etc), Provincias, Seguridad Social, Privados. Se trata de establecer un Pacto en Salud que constituya el punto de partida de la acción de gobierno y plasmar esos acuerdos en un marco normativo que refleje los acuerdos alcanzados en el mismo, que defina nuevas formas de financiamiento y el reordenamiento de la relación Nación – Provincias y establezca derechos y responsabilidades de todos los actores y de la ciudadanía definiendo un modelo de atención por líneas de cuidados y garantías explicitas de protecciones.***
3. ***Alineamiento estricto del INSSJyP y la Superintendencia de Servicios de Salud con el Ministerio de Salud Nacional, ya que bajo el PAMI y estas obras sociales nacionales se congrega cerca de la mitad de la poblacion con cobertura de seguros del pais. Siendo ademas ellas objeto de la regulacion y el control de la SSS, al igual que las entidades de medicina prepaga; esto permitiria normatizar homogeneamente el modelo de atencion mas adecuado, no solo para la salud materno infantil , sino tambien para todas las etapas del ciclo de vida.***
4. ***Creacion de un Fondo Nacional de Salud, para compensar desigualdades, financiando actividades de alto impacto y bajo costo en base a un modelo unificado de APS, que se desarrolle bajo un patron comun en las jurisdicciones provinciales a traves de acuerdos de gestion basados en resultados. Ello podria incluir el desarrollo de unidades de APS, con capacidad resolutiva (medicos generalistas, pediatras, obstetras, obstetricas, enfermeras, medios de diagnostico y laboratorio), cofinanciadas por Nacion, Provincias, seguridad social y eventualmente medicina privada, en todos los casos con poblacion nominada y estrategia de APS renovada. Los componentes nacionales del Fondo seran transferidos a las provincias en base a acuerdos de gestion a traves de un pacto federativo sustentado en***

la definicion precisa de las acciones a desarrollar en funcion del numero de equipos, metas e indicadores previamente establecidos entre las jurisdicciones en el marco del COFESA, dando especial enfasis al componente maternoinfantil.

5. ***Generar un marco regulatorio con incentivos (economicos y profesionales) adecuados para establecer sinergias que permitan que la garantia publica de acceso universal y equitativo pueda hacerse operativa a traves de mecanismos integrados de provision mixta de servicios, superando el debate confrontativo publico-privado, que no hace mas que atrasar la evolucion de los sistemas de salud.***
6. ***Recuperar las potestades de las Delegaciones Sanitarias Nacionales en las provincias, transformandolas en Agencias Federales de Salud, encargadas de coordinar la conformacion de redes integradas de servicios, supervisar el cumplimiento de determinados objetivos ligados a las transferencias financieras, etc.***
7. ***Finalmente, y como herramienta de confluencia inter subsectorial, se prevé el desarrollo de un Modelo de Garantías explícitas de protecciones en salud por líneas de cuidados que se vea reflejado en una canasta de prestaciones constituida como piso de derechos con proyección universal (y no como el actual PMO, que solo alcanza a las poblaciones cubiertas por o.sociales nacionales y medicina prepaga (Leyes 23.660 y 24.754)***

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?

Mucha de esta problematica tiene que ver con lo planteado en la respuesta anterior, respecto de la fragmentacion e inequidades derivadas de ella. Y por lo tanto las soluciones estan muy vinculadas con las medidas tomadas anteriormente en su conjunto. El modelo vigente, en el que diferentes seguros sociales desarticulados entre sí se vinculan parcial e inorgánicamente con el subsector público y en el que el sector privado provee servicios de aseguramiento a los sectores más ricos y prestaciones de salud a los otros dos subsectores, conforma un sistema con un elevado nivel de segmentación y fragmentación, desarticulación entre los subsectores, inequidad en la calidad de la atención, desigualdad en los niveles de financiación , subsidios cruzados y múltiples barreras de accesibilidad, situación que afecta particularmente al 30/35% de la población del país, aquella que al no contar con mecanismos de protección financiera frente a la enfermedad, carece de cobertura explícita que resguarde sus derechos en salud. Se propone reestructurar el modelo de atención primaria de la salud impulsando la integración de redes locales y regionales de atención orientando la demanda hacia centros de salud que den cobertura sanitaria y social, con énfasis en la maternidad, la infancia, la salud

de la mujer, las enfermedades crónicas de los adultos(hipertensión, obesidad diabetes) y la salud mental. Ello implica universalizar la cobertura y construir equidad a través de la igualdad de acceso a toda la población al PMO , independientemente del sitio de provisión de los servicios, el subsistema en cuestión o la fuente de financiamiento. En el ámbito particular de la salud materno infantil, resulta particularmente importante la integración, y asociar las políticas precedentes a otras que han demostrado efectividad cierta:

- ***Integración inter e intra subsectorial en redes de servicios de salud con responsabilidad sobre población nominada, con jerarquización del recurso asistencial involucrado y relación contractual asociada a resultados sanitarios (y dentro de ellos, particularmente el cumplimiento de indicadores de salud materno infantil)***

- ***Provisión de servicios de atención prenatal, obstétrica y neonatal de calidad, acreditación y oportunidad uniforme para toda la población independientemente de si condición laboral, posición de cobertura y/o pertenencia subsectorial. Servicios de salud de igual calidad para madres y niños para todos los argentinos.***

- ***Creacion y fortalecimiento de corredores sanitarios regionales, que incluyan el acceso oportuno a la alta complejidad neonatal para toda la población independientemente de su posición o cobertura. A tal fin se promoverá la participación publico privada, en todas sus formas, a fin de mejorar el aprovechamiento del RRHH especializado, hoy escaso e insólitamente dividido y competido entre los sectores publico y privado, permitiendo además la potenciación del equipamiento y las condiciones de calidad de las prestaciones.***

- ***Prevención del embarazo adolescente a través del fortalecimiento de la educación en sexualidad y salud reproductiva (constituyendo su efectivo y comprobado cumplimiento en condición esencial para la transferencia de bienes y servicios a provincias y municipios). Cumplimiento de la legislación vigente en la materia (P de SSyR) y la provisión de anticoncepción adecuada y oportuna.***

- ***Sostenimiento de los programas de transferencias condicionadas bajo soporte de ley nacional y entendidos como un derecho universal para la niñez a partir de la gestación con efectivo cumplimiento de los controles pre, peri y pos natales en camino hacia la atención integral de la embarazada y el niño como derecho ciudadano pleno bajo garantía explícita del Estado Nacional. Estas condicionalidades para las transferencias no deben recaer pasivamente en las beneficiarias, sino que tal hecho debe constituirlas en objeto de un seguimiento y acompañamiento minucioso por parte de la red de APS (reemplazando el actual predominio de los "punteros políticos" sobre la administración de los planes, por la presencia activa del Estado, a través de su aparato sanitario), desarrollando efectivas medidas de prevención y promoción de la salud sobre la madre y el niño. Incluyendo el seguimiento efectivo, monitorizado, tutorado y personalizado a embarazadas y recién nacidos de alto riesgo social o clínico.***

- ***Establecer medidas de estimulación temprana; articulación expresa con el sector educativo, para la continuidad de las medidas en todos los espacios de acción.***

- ***En esa articulación con el sector educativo se incluye la restitución de toda embarazada al régimen lectivo secundario, si no hubiera finalizado, y su seguimiento para alcanzar la completitud de su cursado.***

- ***Gratuidad de la suplementación alimentaria cuando está indicada por el médico actuante***

- ***Fortalecimiento y profesionalización del RRHH no médico involucrado en la salud materno infantil, particularmente enfermería y obstétricas. Inversión en formación de grado y pos grado, política de remuneraciones e incentivos.***

- ***Incentivacion de la formación de obstétricas y creación de cargos.***

- ***Empoderamiento del RRHH no médico involucrado en la salud materno infantil en el proceso de atención a la gestante, el parto y el puerperio***

¿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).

Obviamente, por su impacto demográfico y epidemiológico estas políticas asumen particular relevancia en el AMBA, para lo cual se propone la creación de una Delegacion Sanitaria Federal, que como autoridad de rectoría, y apoyo del COFESA, genere una red integrada de servicios de las características antes descriptas y un financiamiento y conducción tripartito, a la manera del previsto para el H.Garrahan, y bajo la dependencia del M. de Salud Nacional. (Esa red por supuesto, estaría dirigida a la atención de todo el ciclo de vida).

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? ¿Podría mencionar fortalezas y debilidades en su implementación? ¿Qué proponen para resolver estas deficiencias, en caso considere que existen?

Coincidimos en el avance que en términos de inclusión, disminución de brechas de equidad y universalización de la cobertura supone el NACER / SUMAR. No menos relevante es la introducción de indicadores ("trazadores") que permitan el adecuado monitoreo del mismo.

En esa dirección, programas como el SUMAR podrían actuar como articuladores del estándar presentado más arriba y como inductores de un modelo de igualación de derechos. Para ello sería positivo considerar aspectos que al presente se encuentran parcialmente representados o ausentes:

- ***Mejorar la calidad de los indicadores dando mayor importancia a los de estructura (haciéndolos coincidir con avances logrados con la inversión realizada con las transferencias); proceso (relacionándolos con aspectos de la calidad no solo técnica, sino también percibida: tiempos de espera, etc.) y resultados. Disminuir el numero de los mismos y establecer un modelo efectivo de control, que realmente compruebe el cumplimiento de los mismos.***
- ***Progresivo incremento de porcentual de pagos asociados a cumplimiento de metas e indicadores.***
- ***Efectiva transferencia a efectores, y control estricto del uso de los fondos.***
- ***Articulación de la información procedente del Plan con transferencias condicionadas de todo tipo.***
- ***Integración de prestadores públicos con prestadores privados y de la seguridad social bajo idénticas condiciones de acreditación y estándares de desempeño.***
- ***Articulación y coordinación de todos los planes, programas y normas afines a nivel nacional, provincial y municipal (Incluir Salud; Remediar+Redes, etc). Estas dos ultimas definiciones incluye tambien a las o. sociales nacionales bajo supervision de la SSS y el PAMI. La integracion paulatina de la respectiva obra social provincial debe ser incorporada como condicion indispensable para la firma del convenio.***
- ***Publicación fehaciente de datos.***
- ***La anteriormente mencionada recuperacion de potestades de las Agencias Federales de Salud debe incluir muchas de estas funciones.***

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?

Crear una Agencia de Evaluación de Tecnología de Salud (incluyendo en la concepción de tecnología a los medicamentos, tal la definición de la OMS y también a los procedimientos de gestión), que constituya el paso indispensable y exclusivo para incorporar (y quitar) procedimientos y tecnología al PMO o garantías; constituya paso previo con su dictamen (aun no vinculante) para cualquier tipo de reclamo judicial, y que asuma (además) las funciones actualmente en la Secretaría de Comercio Interior respecto a los medicamentos. En ese sentido, propiciamos el fortalecimiento de la política de prescripción por nombre genérico con garantía de la eficacia, seguridad y calidad de los mismos a través de la reformulación de las condiciones de registro, la reglamentación de las pruebas de bioequivalencia y biodisponibilidad, y el desarrollo de acciones de fármaco vigilancia efectivas.

En el mismo sentido, devolver (donde se hubieren delegado) o establecer donde no existieran (la mayoría de los casos) las potestades de habilitación a los respectivos ministerios de salud; agregando a las condicionalidades la acreditación de establecimientos (de todo nivel), realizada por agencias previamente acreditadas por el M. de Salud Nacional. El nivel de acreditación deberá ser vinculado con el monto de pago de todo tipo de capita, modulo, transferencia, etc. del sector publico, de la seguridad social y privado (En 2010, nacieron 73.403 niños y niñas en maternidades públicas que no reunían las CONE (10% de los nacimientos): 30.407 nacieron en 14 grandes maternidades y 42.996 en 309 pequeños centros obstétricos (menos de 1.000 partos por año)En 2011, de 630 maternidades públicas con información disponible, el 44% las cumplieron en su totalidad. La condición menos cumplida fue la disponibilidad de sangre para transfusión: solo el 54% cumplía esta condición).

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 3⁄4 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?

Ver respuestas precedentes.
Específicamente:

- ***Reformulación del modelo educativo escolar en materia de sexualidad y reproducción. Prevención del embarazo adolescente, haciendo que los docentes se capaciten y estén de esa forma en condiciones de cumplir con la ley de Educacion Sexual Integral (ESI)***
- ***Cumplimiento de legislación vigente (PSSyR)***
- ***Adecuada y oportuna provisión de anticoncepción en todas sus posibilidades***
- ***Prioridad de atención de embarazada de riesgo en todo el sistema***
- ***Prioridad de cuidados durante la gestación en lo referido a alimentación, resguardo de estrés psicofísico y violencia de género: Identificación de situaciones de riesgo y tratamiento efectivo a través de servicios sociales con función específica. (ver modelo de atención)***
- ***Servicios de calidad obstétricos y neonatales independientemente de la posición relativa de la madre en el sistema de salud o en el subsistema en cuestión según protocolos garantizados como derecho ciudadano (normas CONE, corredores sanitarios,etc.)***
- ***Seguimiento efectivo, monitorizado, tutorado y personalizado a toda mamá menor a 18 años con énfasis en su inserción / reinserción educativa y/o laboral***

- ***Beneficios impositivos vinculados con la contratación de madres adolescentes e instalación de guarderías en sitios de trabajo***

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?

Ver definiciones previas

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 vitar las muertes por complicaciones de abortos inseguros?

Sostenemos la necesidad de dar un amplio debate en torno al aborto, entendido como un tema de índole sanitaria sobre el cual el Estado debe asumir posición cierta y no como una cuestión personalísima de los ciudadanos frente a la cual la autoridad sanitaria no tiene (o no debería tener) injerencia.

Ver definiciones previas

8. **En la Argentina el aborto no está penalizado cuando corre riesgo la vida la salud de la mujer, cuando el embarazo ha sido producto de una iolación o cuando el embrión tiene una malformación severa incompatible on la vida. La información disponible muestra que este marco normativo nose 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?

En el contexto del fortalecimiento del rol de rectoría por parte del ministerio de salud y del Pacto Sanitario ya mencionado, es preciso disponer la reglamentación efectiva en todo el territorio nacional de la normativa vigente y la fiscalización de su cumplimiento efectivo, condicionando al mismo las transferencias de bienes y servicios y en el caso de la seguridad social nacional y el PAMI estableciendo como condicionalidad de contratacion la posibilidad de cumplimiento efectivo de la norma. En ese sentido, las personas y/o familias amparadas por lo dispuesto por la

norma deberán gozar de la garantía explícita de ser efectivamente protegidos por ella ya independientemente del subsector al que pertenezcan. Por lo anterior, la obligatoriedad de la respuesta podrá estar referida tanto al sector público provincial como la seguridad social (provincial o nacional) o las aseguradoras privadas y la objeción de conciencia, si supusiera un riesgo para la madre o la imposiblidad de completar el tratamiento deberá ser solucionada por el establecimiento a cargo, independientemente del subsector al que pertenezca. En el caso de la seguridad social nacional, PAMI y seguros publicos nacionales (SUMAR, etc) el Estado nacional dispondra el efectivo cumplimiento de la norma en sus establecimientos dependientes directamente (Posadas, Cruce, Garrahan, etc.), con asuncion de todos los cargos (traslados, alojamiento, etc.) hasta tanto se efectivize lo anterior.

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? ¿En caso de haber mencionado debilidades como propone abordarlas?

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

¿Cuál seria su opinión en cuanto a extender el periodo de cobertura a la madre desde el inicio del embarazo hasta los 6 meses de postparto?

Ver pregunta 2 (sostenimiento de los programas de transferencias condicionadas bajo soporte de ley nacional y entendidos como un derecho universal para la niñez a partir de la gestación con efectivo cumplimiento de los controles pre, peri y pos natales en camino hacia la atención integral de la embarazada y el niño como derecho ciudadano pleno bajo garantía explícita del Estado Nacional)
Sostenemos la continuidad de los programas vigentes, como mecanismo de tránsito hasta el cumplimiento efectivo de las políticas sanitarias propuestas, y bajo el supuesto del efectivo cumplimiento de los condicionantes especificados los que de todos modos deberán ser reconsiderados tanto en lo referido a su diseño como en la evaluación de su cumplimiento.
Debe entenderse la AUH como un mecanismo supletorio de políticas públicas integrales y como un mecanismo facilitador para el tránsito hacia ellas.
Respecto a la extensión del periodo de cobertura a la madre coincidimos, debiendo buscarse condiciones alternativas que permitan el adecuado financiamiento de la misma.

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?

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

Es necesario el fortalecimiento integral del SINAVE reformulando la integración de sus requerimientos, la metodología de recolección de datos y su transmisión y comunicación efectiva y la adecuada interpretación de los mismos como herramienta de diseño de políticas públicas . Su reconsideración forma parte de la futura tarea de uniformización y sinceramiento estadístico que requiere la Argentina (incluyendo el Sistema Nacional de Estadisticas de Salud) y la morbi mortalidad materna obviamente es un capítulo esencial.
El fortalecimiento del SISA, incluyendo la nominación completa de la población y su tarjetizacion, constituyen herramientas indispensables de estos cambios, al igual que su establecimiento como condicionalidad para la transferencia de bienes y servicios y la incorporación a cualquier tipo de seguro publico o de la seguridad social. Los eventos vinculados a las enfermedades crónicas prevalentes y sus factores de riesgo debieran ser también incluidos dentro de los sistemas de vigilancia activa, y forman parte esencial de la propuesta de cambio del modelo de atención.

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 hallan 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?

Ver comentarios previos.
El Estado tiene por obligación proporcionar el acceso a la información objetiva y evidenciable en materia de sexualidad y salud reproductiva. Ello implica, en el contexto del fortalecimiento de la formación docente, incorporar este tema como

parte de la educación de maestros y alumnos, implica utilizar los medios de difusión para la divulgación de las consignas e implica desarrollar actividades específicas al respecto.

En un Estado laico, las políticas sanitarias deben resguardar la vida y la salud de las personas y no guardan relación con cuestiones confesionales o con convicciones íntimas de sus ciudadanos. No propiciamos la intervención de sectores confesionales en la decisión de las políticas aunque sí la participación amplia del conjunto de la sociedad en la discusión y construcción de las políticas en cuestión.

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*?

Propiciamos la formación universitaria del recurso de enfermería en función de la realidad y necesidad sanitaria de cada Provincia y en acuerdo con las Universidades públicas y privadas. Esto incluye: adecuación de las curricula de todas las escuelas de enfermería y su vinculación con universidades publicas y privadas; ciclo de profesionalización de las auxiliares de enfermería con una oferta horaria adecuada de estudios, que permita el cursado manteniendo sus tareas (En este sentido existe una experiencia liderada por FATSA, que financia para sus afiliados ese tramo de profesionalización en acuerdo con una universidad privada). Jerarquización de la profesión en función del Modelo de Atención establecido con adecuación de la remuneraciones considerando la importancia del recurso tanto en primer nivel de atención como en la alta complejidad y reviendo algunas de sus incumbencias.

Para todo el equipo asistencial: Incorporación de reformas en los modelos de contratación: a través de compromisos de gestión y generación de incentivos vinculados a cambios de procesos de la atención y resultados sanitarios verificables.
Respecto al proyecto de ley mencionado, coincidimos absolutamente en sus consideraciones generales, objetivos e implementacion. Probablemente debiera integrarse al proceso formativo a las universidades de gestion privada, que no estan previstas en el proyecto, y en la medida en que muchas de ellas son en la actualidad formadoras de mayor numero de profesionales que las publicas. Como se ha mencionado mas arriba, y respetando absolutamente el espiritu del proyecto, incluso en terminos de financiamiento (art. 51 de la Contribución Especial para la Formación y Capacitación Profesional de los Trabajadores de la Sanidad- Convenio Colectivo General de los Trabajadores de la Sanidad Nº 107/75- acta acuerdo del 28/11/ 2005), FATSA desarrolla en la actualidad un programa de capacitacion similar al planteado en el proyecto, en convenio con una Universidad de gestion privada, que lleva profesionalizados un numero cercano a los 3.000 auxiliares de enfermeria .

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?

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

El proyecto de ley plantea una nueva regulacion de la profesión de los Licenciados Obstétricos actualmente regidos por la Ley 17132 sancionada en el gobierno de facto de Onganía. La importancia de los licenciados obstétricos dentro del equipo de Salud aún no ha contado con el debido reconocimiento, en relación a su participación en los distintos niveles de atención -promoción, prevención, diagnóstico, rehabilitación y educación sexual-, aunque su actuación es considerada por la Organización Mundial de la Salud como imprescindible para la reducción de las tasas de morbimortalidad materna e infantil. Coincidimos absolutamente con esta evaluacion, y creemos que su presencia lograria disminuir

notablemente los índices de cesarea, que son muy elevado en nuestro pais. En lineas generales coincidimos con las consideraciones del proyecto, aunque consideramos que debiera fortalecer la consideracion del modelo de atencion basado en el acompanamiento fisiologico, relegando la vision intervencionista y medicalizada, que en algunas ocasiones , con el uso de algunas intervenciones innecesarias se colocan al borde de la proteccion brindada por la ley 26.485. En el mismo sentido, debiera alinearse mas firmemente con la ley 25.929 (Parto Humanizado), que en su Artículo 2,reconoce el derecho "Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer."

En funcion del modelo de atencion planteado mas arriba, consideramos que la integracion de obstetricas, en todos los niveles de atencion resulta imprescindible, para evitar una excesiva medicalizacion y a la vez, la sobrecalificación y abandono sistemático de ciertas actividades de nivel intermedio, por parte de otros profesionales, disminuyendo los niveles de calidad necesaria.

Esta necesidad resulta más evidente para articular la atención desde la estrategia de APS, con especial centro en la prevención y la promoción de estilos y calidad de vida más saludables. La atención primaria por parte del Profesional Obstétrico cobra importancia desde el punto de vista costo- beneficio en la atención del bajo riesgo y la atención del alto riesgo.

Este proceso de transformación del modelo de atención, implica el reconocimiento real y efectivo del profesional universitario obstétrico, y para ello proponemos una estrategia de tres pasos imprescindibles: estimulos e incentivos para el desarrollo de la Carrera en el ambito universitario public y privado; creacion y/o transformacion de vacantes de residencia para esta profesion, y creacion de vacantes en forma inmediata en el sistema publico y de la seguridad social.

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?

Ver definiciones previas, y en ese contexto:

- ***Fortalecimiento de los controles durante el embarazo en el marco de una sólida estructura de redes de atención sanitaria a población nominada y remuneración por cumplimiento de metas sanitarias***
- ***Protocolización de la atención de embarazo y parto a través de guías clínicas consensuadas***
- ***Reconocimiento del derecho a recibir tal atención protocolizada como garantía explícita de derecho ciudadano.***

- ***Desarrollo de corredores sanitarios para la atención del parto de riesgo o complejo con incorporación de tecnología neonatal adecuada y suficiente***
- ***Estimulo a la formación y desempeño de personal médico y no médico en la atención del embarazo y parto***
- ***Seguimiento personalizado de toda embarazada bajo riesgo sanitario o social con monitoreo pre y pos parto a través de servicios sociales eficientes y capacitados***
- ***Garantía de alimentación suficiente y adecuada para la gestante y su hijo***

Estas brechas de inequidad no responden solamente a medidas sanitarias, sino que están condicionadas por determinantes sociales de índole económica (el PBG per capita oscila en 11 puntos entre la provincia mas "rica"- S.Cruz, y la mas "pobre"- La Rioja; por lo cual podría establecerse una condicionalidad sanitaria- cumplimiento de normas-para la transferencia de los llamados ATN a las provincias con mas dificultades, e incluir en esas transferencias servicios específicos- contratación de RRHH especializado; mejoramiento de infraestructura, etc.); educativa (en el mismo sentido podría vincularse los mismos ATN para reforzar el acceso a educación de calidad en esas provincias); laboral y social, que deben ser considerados como parte de la política de reducción de la mortalidad materno-infantil.

Ademas, en aquellas provincias que realizan transferencias municipales (ejemplo la de Bs. As., con el 38% de la MI acumulada, ligar los indicadores de transferencia a resultados y condicionalidades materno infantiles, y no a los actuales de producción indiscriminada)

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 a 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?

Ver respuestas precedentes.

Se auspicia La coordinación y unificación de programas y normas existentes a nivel nacional, provincial y municipal y el tratamiento preferente y prioritario de la toda norma vinculada con la población de referencia. Globalmente no consideramos que el dictado de leyes de protección de enfermedades o situaciones especiales de salud constituyan solución para un problema que debe ser enfocado

contextualmente en el marco de necesidades y posibilidades del conjunto de la población y de los distintos momentos del ciclo de vida. Las visiones focalizadas que propician estas normas han contribuido a aumentar la fragmentación, segmentación, y en algunas ocasiones han aumentado la inequidad, al garantizar protección a los alcanzados por el PMO, justamente quienes tienen mayores condiciones de cobertura y acceso, ya que este solo alcanza a los beneficiarios de las o. sociales nacionales (ley 23.660) y de la medicina prepaga (ley 24.754). En otras ocasiones plantean prioridades que resultan contradictorias (cobertura de la fertilización asistida/parto prematuro/brecha de mortalidad infantil, etc.).
Creemos que la recuperación del poder de rectoría ministerial nacional debe tener una amplia mirada sobre la situación de derecho al acceso a las prestaciones de salud, que permita el acceso universal a las prestaciones básicas a TODOS los ciudadanos, antes de incorporar nuevas prestaciones con acceso limitado a algunos universos en detrimento de otros. Estamos convencidos además de que esto constituye una prioridad ética (propiciada por la propia OMS en su documento "Making fair choices on the path to universal health coverage"), por tanto el alcance de una convergencia en las tasas de mortalidad materna e infantil en la Argentina (en todos sus aspectos), constituye una prioridad inexcusable, a la cual deben dirigirse todos los esfuerzos.

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.

    Continuando con la logica de la ultima parte de la respuesta de la pregunta anterior, respecto a que las definiciones de politica sanitaria (y social) requieren de una mirada global y universal, que contenga todas las necesidades, de todas las etapas del ciclo de vida, creemos que las mismas deben ser explicitadas en estos terminos, por tanto nuestra plataforma, a la que puede accederse en: www.elcambiojusto.com , esta enunciada de esta manera. De cualquier modo existen documentos sobre diversos aspectos de la operatividad y ejecucion de politicas puntuales, que estan disponibles a su requerimiento. De la misma manera, la consecucion de un sistema de salud accesible y equitativo para todos los argentinos constituye un camino a transitar, y que se inicia con la inmediata reduccion de los tiempos de espera y otorgamiento de turnos en los hospitales publicos; la atencion horaria prolongada y la resolucion de patologias en el primer nivel para descongestionar la demanda infundada en los servicios de emergencia hospitalaria, y por supuesto la reduccion de las brechas de inequidad en terminos de mortalidad infantil y materna.