

CONTROVERSIAS EN LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNO-INFANTIL Y POR CÁNCER CÉRVICO-UTERINO EN ARGENTINA

Controversies in strategic planning for the reduction of infant, maternal and cervical cancer mortality in Argentina

El Plan para la Reducción de la Mortalidad Materna, Infantil, de la Mujer y de la Adolescente se basa en la planificación estratégica. Los actores locales elaboran planes de trabajo con las políticas a implementar, cuyos supuestos originan controversias. Si las políticas no se sustentan en la evidencia, restan efectividad. El objetivo de este estudio es evaluar los supuestos de los planes de trabajo y debatir las controversias planteadas.

RICARDO BERNZTEIN, GUILLERMO GONZÁLEZ PRIETO

¹ Subsecretaría de Salud Comunitaria, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina

INTRODUCCIÓN

Los resultados en salud materno-infantil de las adolescentes y las mujeres en Argentina no son satisfactorios: en 2009 la tasa de mortalidad infantil (TMI) fue de 12,1 por cada 1.000 nacidos vivos (60% de muertes reducibles), la razón de mortalidad materna (RMM) fue de 5,5 por cada 10.000 nacidos vivos (21% por embarazo terminado en aborto), hubo altas tasas (y en aumento) de fecundidad adolescente y el cáncer de cuello de útero (CCU) ocasionó aproximadamente 2.000 muertes evitables.¹ Por otro lado, la distribución de la mortalidad en el país es inequitativa: una embarazada o un niño tienen más probabilidades de morir en el norte argentino que en la ciudad de Buenos Aires. El Ministerio de Salud de la Nación (MSN) de la Argentina definió como prioridad la reducción de la mortalidad materno-infantil (MMI), para que a fines de 2011 la mortalidad infantil (MI) fuera menor a 10 por cada mil y la mortalidad materna (MM), inferior a 3,3 por cada diez mil nacidos vivos. En ese marco, se trazó el objetivo de acelerar la reducción de la MMI, la tasa de abortos inseguros por embarazos no deseados y la incidencia y mortalidad por CCU, así como evitar las consecuencias sanitarias derivadas de incumplir con compromisos asumidos por la Argentina, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y las metas del Plan Federal de Salud. En 2009, la Subsecretaría de Salud Comunitaria del MSN diseñó e implementó el Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil, de la Mujer y de la Adolescente^{2,3}, cuyo propósito es continuar y profundizar las acciones en desarrollo y formular un nuevo modelo operativo en terreno.

El Plan prioriza y selecciona las regiones con mayor inequidad (altas tasas de mortalidad en las provincias del

Noreste y Noroeste) y con mayor mortalidad en términos absolutos (Provincia de Buenos Aires), siempre que las provincias afectadas demuestren voluntad política para la implementación.

La primera fase del Plan consiste en la realización de un acuerdo político entre las máximas autoridades del MSN y de las jurisdicciones seleccionadas, en el que se establecen metas y compromisos públicos. Luego, los funcionarios nacionales convocan a los actores locales significativos (nivel central, directores de hospitales, jefes de servicios, primer nivel de atención, etc.) para elaborar un plan de trabajo participativo, que se desarrolla en dos jornadas. En esta instancia, el MSN realiza tareas de asistencia técnica, monitoreo y evaluación. Sus intervenciones principales son: aseguramiento de insumos, capacitación en servicio, asistencia para la regionalización y comunicación.

El Plan comenzó a implementarse en 2009 en Chaco (septiembre), Santiago del Estero (octubre) y Formosa (noviembre). En 2010 continuó en Misiones (marzo), Jujuy (abril), La Rioja (mayo), Entre Ríos (junio) y Buenos Aires en las Regiones Sanitarias VI (septiembre), VII (octubre), XII (noviembre) y V (diciembre).

La dinámica de las reuniones promueve la interacción de los participantes a través del planteo de problemas. Cuenta asimismo con la presencia de un moderador, que utiliza una guía de debate. En la primera jornada se identifican las causas locales de mortalidad; en la segunda se proponen soluciones, con un cronograma de implementación y definición de responsabilidades. Las intervenciones son registradas y en parte filmadas, lo que permite relevar las controversias que dan lugar a debates reiterados en cada provincia.

La hipótesis de los autores es que las decisiones con-

sensuadas a nivel local no siempre están adecuadamente fundamentadas por la evidencia, lo cual se observa en las controversias planteadas, y que la brecha entre las causas y las acciones podría restar efectividad al Plan Operativo. El objetivo de este artículo es evaluar los fundamentos de los planes de trabajo elaborados en las jurisdicciones y contrastarlos con la evidencia científica a través de una revisión bibliográfica.

METODOLOGÍA

De los registros de las jornadas locales (fuentes secundarias) se recuperaron debates y controversias, que fueron formulados como preguntas y abordaron tanto problemas médicos como de gestión sanitaria.

Las preguntas se respondieron con una revisión no sistemática de la evidencia científica, con prioridad en las del ámbito local. Se buscaron artículos primarios, revisiones sistemáticas y meta-análisis conexos en Medline, LILACS y en las referencias de los artículos encontrados. Además, se realizaron consultas con expertos, que permitieron detectar investigaciones locales aún no publicadas. Posteriormente, se seleccionaron las publicaciones que respondían a las preguntas planteadas y mostraban concordancia en aspectos tales como la población de estudio, el ámbito y el tipo de intervención (promoción, prevención, tratamiento).

Los registros relevados en las jornadas permitieron identificar opiniones, comportamientos y representaciones de los participantes, que luego fueron contrastados con la revisión realizada.

CONTROVERSIAS

1. ¿Cuál es la intervención prioritaria en Argentina para lograr la mayor reducción de la MI: fortalecer el primer nivel de atención o mejorar la calidad de atención en alta complejidad (terapia intensiva neonatal)?

Los actores locales de las jurisdicciones analizadas frecuentemente consideraron que la MI es un indicador del desarrollo social. Como propuestas de solución, mencionaron inicialmente la educación de la madre, el acceso al agua potable, el saneamiento ambiental, las inmunizaciones, etc. En ocasión de la firma de un acuerdo político de implementación del Plan en agosto de 2010, un gobernador declaró:

“Hemos decidido distintas acciones que tienen que ver con cómo se llega al objetivo (de reducción de la MI): promover los controles en el embarazo; generar nacimientos seguros; el control posterior; la vacunación y fundamentalmente la educación. Esta problemática está directamente relacionada con el nivel de escolaridad de las madres.”

En Argentina, la TMI supera ligeramente el 12‰. Dos tercios son casos neonatales, en especial neonatales precoces, de recién nacidos prematuros o de bajo peso. Un 99,3% de los partos son institucionales, lo que indica que no hay problemas de acceso a las maternidades.¹ Para reducir la MI neonatal es necesario contar con mejores cuidados intensivos especializados; por el contrario, cuando el país

tiene una MI menor al 20‰, la presunción de que este resultado se puede obtener mediante acciones preventivas se contradice con las evidencias disponibles.^{4,6} Las causas más importantes de mortalidad neonatal (complicaciones de la prematuridad y malformaciones congénitas) requieren tecnologías curativas complejas en la mayoría de los casos.

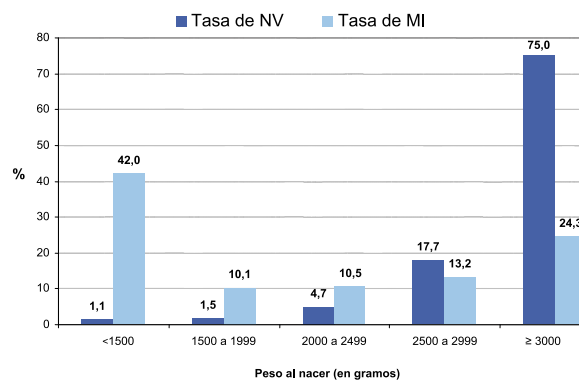
Los nacidos vivos de bajo peso (7%) y de muy bajo peso (1%) presentan frecuencias estables en el tiempo y escasa diferencia entre las jurisdicciones, y representan más del 60% de la MI, como se observa en la Figura 1.

La segunda causa de MI son las malformaciones congénitas, con un 50-60% por cardiopatías. Cada año nacen 6.100 niños con cardiopatías congénitas, y 4.300 de ellos requieren intervención quirúrgica.⁷ Las infecciones respiratorias ocupan el tercer lugar: cerca de 700 niños menores de 1 año fallecen anualmente por esta causa, sobre todo los nacidos con bajo peso durante los meses de invierno, cuando el sistema sanitario no logra responder ante el aumento de la demanda.^{1,8} La mortalidad domiciliaria, más asociada a los determinantes sociales, es frecuente en el grupo post-neonatal.

Según el Estudio Nacional de la Mortalidad de Niños Menores de 5 años en Argentina (EMMA), el 60% de los fallecidos había recibido atención previa, el 82% de los niños murió en unidades de terapia intensiva, la atención fue adecuada solo en el 30% de los neonatos y en el 49,3% de los postneonatos, y la mitad de los pacientes sufrieron complicaciones evitables (infecciosas en un 48-72%) que causaron la muerte en un 48-53% de los casos.⁹

Para reducir la MI, es necesario integrar todos los niveles de atención. La intervención más efectiva y rápida consiste en mejorar el desempeño de las neonatologías, tarea indelegable del sector sanitario. A partir de dicho supuesto, la MI de la Provincia de Tucumán se redujo más del doble que la nacional entre 2002 y 2007.¹⁰ En cambio, las políticas relacionadas con los niveles de desarrollo social, pobreza, cobertura, etc. producen efectos a más largo plazo y constituyen una responsabilidad compartida con otros sectores, como trabajo, educación, desarrollo social, etc.

FIGURA 1. Tasa de nacidos vivos (NV) y de mortalidad infantil (MI) según peso al nacer. Argentina, 2008.



Fuente: Estadísticas vitales, Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación.

2. ¿Cuál es la intervención prioritaria en Argentina para lograr una mayor reducción de la MM: mejorar los controles prenatales o las condiciones obstétricas?

Los asistentes a las jornadas de trabajo propusieron casi unánimemente como acción prioritaria el fortalecimiento de los controles prenatales.

Ni las mejoras en la nutrición y el saneamiento ambiental (1880), ni la implementación de la atención prenatal (1910) redujeron la MM en el Reino Unido.¹¹ Si se logró el objetivo mediante centros de atención provistos de obstetras que podían realizar intervenciones quirúrgicas, con acceso a antibióticos y productos sanguíneos apropiados. El control prenatal como método de cribado general es cuestionable, ya que no permite distinguir qué mujeres necesitan atención de urgencia y cuáles no, considerando además que la mayoría de las mujeres que sufren complicaciones no tienen factores de riesgo.¹² Los controles prenatales adecuados son útiles para mejorar la salud materno-infantil: reducen la transmisión vertical de VIH, sífilis y tétanos neonatal, disminuyen ligeramente la mortalidad neonatal, etc.¹³ Su aplicación podría promover también la realización del parto en maternidades seguras (y no en las cercanas). Es significativa la experiencia del Hospital Zonal General de Agudos "Mariano y Luciano de la Vega", donde en 2010 ocurrieron 11 de los 13 casos de MM del Municipio de Moreno (TMM = 28 o/ooo).¹ Cabe destacar que en el marco del Plan Operativo, las acciones políticas y económicas con articulación nacional, provincial y municipal, sumadas a la asesoría técnica del Servicio de Obstetricia del Hospital Posadas y a los nuevos equipos de gestión, redujeron la MM en el hospital a cero en octubre de 2011.¹⁴

3. Para reducir la mortalidad neonatal asociada con la prematuridad: ¿Son más efectivas las acciones para prevenir la prematuridad o las estrategias que logran mayor sobrevivencia de los prematuros?

El secretario de salud de un municipio planteó que reduciría la MI mediante políticas dirigidas a prevenir la incidencia de la prematuridad. El funcionario manifestó que no entendía porque inexplicable razón la TMI había aumentado a pesar de que trabajaba "fuertemente" para reducirla.

Los países que han tenido éxito en disminuir la MI se ocuparon de todo el espectro de rangos de peso al nacer.¹⁵ La observación epidemiológica muestra que la frecuencia de prematuridad tiende a aumentar; en EEUU llega al 13% y en otros países desarrollados al 9%.¹⁶

Hay múltiples causas: ingreso de la mujer al mercado laboral, embarazos múltiples por las gestaciones artificiales, tabaquismo, pobreza, intervalo intergenésico, infecciones maternas, antecedentes de prematuridad, etc. Salvo una ligera mejora en el caso del tabaquismo, las intervenciones para prevenir la prematuridad no han sido efectivas, ni siquiera con una alta cobertura y calidad de atención.^{17,18}

Hay estrategias efectivas que aumentan la sobrevivencia y disminuyen las secuelas de los partos prematuros, como el uso de corticosteroides prenatales en las mujeres que tienen entre 23 y 34 semanas de gestación con inicio del trabajo de parto.¹⁹ Otra iniciativa eficaz para disminuir la mortalidad por prematuridad es la regionalización de la atención perinatal²⁰⁻²², que asegura que los partos prematuros se produzcan en unidades con recursos adecuados. Un cuello uterino corto en la ecografía es buen predictor de parto espontáneo prematuro y facilita una derivación oportuna.²³

El análisis de la información disponible, que permite comparar la frecuencia de prematuridad con la mortalidad neonatal²⁴, indica que las frecuencias similares o superiores de prematuridad pueden ir acompañadas de una mayor sobrevivencia si existe un cuidado adecuado (Tabla 1).

4. ¿Cuál es la población objetivo del Programa Nacional de Prevención del Cáncer Cérvico-Uterino (CCU)?

En las jornadas, frecuentemente se consideró que la población objetivo de los programas provinciales está constituida por las mujeres jóvenes. De este modo, se registra una alta cobertura de tamizaje con técnica de Papanicolaou (PAP) en la población de mujeres que accede al sistema de salud para control de embarazo y parto.

El CCU ocasiona aproximadamente 2.000 muertes anuales.¹ La tasa de mortalidad en Argentina muestra una tendencia estable; en el trienio 2006-2008 fue de 7,5 cada 100.000 mujeres, y no ha registrado grandes variaciones en los últimos 30 años. El 82% de las muertes por CCU ocurren en mujeres mayores de 40 años y afectan principalmente a personas de menor nivel socio-económico, que no acceden a los servicios de tamizaje. En Argentina se verificó una baja proporción de realización de PAP²⁵, especialmente entre mujeres sin cobertura de salud y de bajo nivel socio-económico. Según la Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, el 52% de las mujeres de 18 años o más se había sometido a un PAP dentro de los dos años previos a la consulta.²⁶ Un análisis del perfil social reveló que las mujeres con mayor probabilidad de no haberse realizado nunca un PAP tenían bajo

TABLA 1. Proporción de prematuros y tasa de mortalidad neonatal en diferentes países.

	Argentina	Chile	Bolivia	EE.UU.	Japón	España
Prematuridad (%)	7,1	9,5	9	8	8,8	6
TMN* (‰)	10	5	24	4	1	2

*Tasa de Mortalidad Neonatal. Fuente: World Health Statistics, 2008.

nivel educativo, pertenecían a hogares con necesidades básicas insatisfechas, eran desocupadas y sin obra social, no utilizaban métodos de anticoncepción y vivían en la Región Pampeana, Noroeste, Noreste o Cuyo. Esto muestra un perfil de mujeres pobres, con dificultad de acceso a los servicios sanitarios y escasa cobertura de PAP cuando superan el rango de edades atendidas por las áreas de maternidad y salud reproductiva.

La concentración del tamizaje en mujeres jóvenes de bajo riesgo es poco eficiente y presenta un escaso fundamento en la evidencia científica.²⁷ Sin embargo, existen suficientes pruebas que indican que el tamizaje de las lesiones precursoras del cáncer cervical cada tres años, mediante la citología convencional y en el marco de un programa de alta calidad, reduce su incidencia como causa de muerte en más del 80% entre los 35 y 64 años.²⁸

5. En Argentina, ¿hay déficit o exceso de recursos humanos en las áreas de medicina, neonatología, anestesiología, enfermería, maternidad, etc.?

La queja más frecuente a lo largo de la implementación del Plan estuvo relacionada con el déficit de camas y de recursos humanos calificados, que a su vez se encuentran mal remunerados.

En Argentina, resultan sorprendentes la cantidad de recursos disponibles y su inequitativa distribución: las cifras de médicos y camas por habitante muestran niveles muy superiores al promedio mundial, e incluso a países como Canadá, Reino Unido y los Estados Unidos. Hay una densidad de 31,6 médicos y 4,8 enfermeros cada 10.000 habitantes.²⁴ La densidad de médicos es similar a la Región Europea y muy superior al promedio de América (22), África (2), Sudeste Asiático (5) y Pacífico Oeste (14). Hay gran déficit de enfermería en relación con la densidad de la Región Europea (74), América (49), África (11), Sudeste Asiático (13) y Pacífico Oeste (20). Se encuentran registrados casi 18.000 establecimientos asistenciales, 316 habitantes por médico (99 en la Ciudad de Buenos Aires y 602 en el Chaco) y 243 habitantes por cama (138 en la Ciudad de Buenos Aires y 413 en Mendoza).

Si se compara con otros países, en Argentina hay una

excesiva cantidad de maternidades y terapias intensivas neonatales, con bajo número de partos por unidad y resultados no acordes a los recursos utilizados (Tabla 2).²⁹ Según un análisis que considera 612 de las 666 maternidades públicas, el 37% cumple todas las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales. La probabilidad de cumplimiento de dichas condiciones aumenta significativamente en las maternidades de más de 1.000 partos/año (30% de los partos ocurren en maternidades con menos de 1.000 partos/año, que representan el 70% de los establecimientos). El promedio en Argentina es de 591 partos por maternidad, mientras que en los países desarrollados ese número es muy superior (2.636 en el Reino Unido, 1.944 en Portugal, etc.), lo que supone una mayor concentración y eficiencia.^{30,31} En Australia, Canadá y el Reino Unido, hay cerca de 3 neonatólogos cada 10.000 nacimientos. La cifra se duplica en los EE.UU. Pero en el Conurbano bonaerense, donde el neonatólogo asiste a todos los partos, atiende a los niños sanos y enfermos, tanto en internación como en consultorios externos, y deriva al paciente en ambulancia, 140 neonatólogos cada 10.000 nacimientos resultan insuficientes.²¹

En Argentina, el sistema de salud es federal, y está fragmentado y segmentado. La proliferación de efectores en provincias y municipios es, en parte, responsable del déficit de recursos humanos por efector. Si se observan los resultados en sistemas fuertemente regulados por el Estado, puede comprobarse una gran diferencia en cuanto a número, calidad, distribución y costos de las unidades materno-neonatales públicas y privadas. En este contexto, el Plan Nacer inició una modalidad de transferencia de recursos nacionales hacia las provincias bajo un nuevo esquema de incentivos, a fin de cumplir con metas sanitarias compartidas.³²

6. La política de reducción de la MI, MM y CCU, ¿tiene o no sustento en la evidencia?

Es frecuente que los diversos actores realicen propuestas antagónicas respecto a la microgestión, mesogestión o macrogestión: mientras que algunos plantean que la Nación debe financiar al primer nivel de atención de todo el país, otros sostienen que solo debe hacerlo para la alta

TABLA 2. Comparación de oferta de recursos humanos y mortalidad por país.

País	Nº de habitantes (en millones)	Nº de UTIN	Habitantes x UTIN	Razón médicos / 10.000 habitantes	Razón enfermeros / 10.000 habitantes	Razón médicos / enfermeros	Tasa de mortalidad infantil
Argentina	38	472*	80.500	27	5	5,2	13
Chile	16	28	536.000	13	10	1,3	8
Canadá	32	22	1.450.000	23	90	0,3	4
EE.UU.	300	600	500.000	28	97	0,3	6
Reino Unido	61	155	400.000	23	123	0,2	5

* Estimado en subsectores público y privado. Hay 223 en el subsector público. UTIN: Unidad de terapia intensiva neonatal.

Fuente: A. Schwarcz, Regionalización Perinatal. Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP/SMR) OPS/OMS, mayo de 2010.

complejidad (que desfinancia al municipio) y que el primer nivel (su base poblacional) debe pertenecer plenamente al municipio. Con respecto a la reducción de la MM por aborto, hay quienes sostienen que se lo debe despenalizar y quienes piensan que con políticas de reducción de riesgo y daño para las mujeres que tienen embarazos no deseados se pueden lograr resultados significativos.

Hay evidencias suficientes sobre "qué" hacer para reducir la mortalidad, pero no sobre "cómo" hacerlo. Respecto al "qué", se identifican causas e intervenciones efectivas. *Lancet* publicó series sobre MI (2003)³³⁻³⁷, mortalidad neonatal (2005)³⁸⁻⁴¹, MM (2006)⁴²⁻⁴⁶ y mortalidad perinatal⁴⁷, así como sobre la costo-efectividad de 300 combinaciones de 21 intervenciones maternas y neonatales⁴⁸. El Grupo de Referencia en Epidemiología de la Salud Infantil (CHERG) desde la Universidad Johns Hopkins y la Organización Mundial de la Salud, a través de la herramienta LiST (The Lives Saved Tool), sintetiza las certidumbres respecto a MMI y realiza proyecciones de supervivencia.⁴⁹ En Argentina, hay evidencias locales acerca de los determinantes de MI^{5,9,50}, MM^{51,52} y CCU⁵³.

El Plan propone una modalidad original para implementar las políticas de reducción de mortalidad mediante la firma de acuerdos con los gobernadores provinciales, el establecimiento de metas, la planificación participativa e intervenciones específicas.

La capacitación en servicio tiene efectos positivos en la calidad de atención y en los resultados.⁵⁴ La evidencia demuestra que el cambio en las conductas de los tomadores de decisión, de los técnicos y de los profesionales es complejo, y que una sola intervención no es suficiente.⁵⁵ Se describen siete tipos de barreras agrupadas en tres dimensiones, que limitan los cambios de conductas⁵⁶: 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). Para reducir en un 47% la MI entre 2002 y 2007 (cuando el descenso promedio nacional fue del 20%), la provincia de Tucumán recurrió básicamente a una capacitación en servicio en la terapia intensiva neonatal de la mayor maternidad pública, a la que luego sumó recurso humano y equipamiento, modificaciones en la planta física y mejoras en el traslado del recién nacido y de la madre.¹⁰

La regionalización de la atención perinatal es una intervención con evidencias de efectividad y eficiencia.^{20-22,57-59} Gracias a una decisión política sostenida en el tiempo y a la implementación de un sistema de salud regionalizado, con niveles de complejidad crecientes y esquemas claros de referencia y contrarreferencia, la provincia de Neuquén redujo la MI de 108,5 ‰ en 1970 a 6,7 ‰ en 2008.⁶⁰ Un caso paradigmático en el plano internacional es el de Portugal, que en 1989 realizó 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 (nivel 1: sin partos) y la

creación de un sistema nacional de transporte neonatal. Como resultado, la MI se redujo a menos de un tercio.⁶¹

DISCUSIÓN

Este trabajo presenta potenciales sesgos y limitaciones. En los grupos de trabajo se identificaron representaciones bajo circunstancias especiales; no se aplicó la técnica de grupos focales. Además, la revisión no fue sistemática, por lo cual existirían otras evidencias. Debido a la extensión limitada del artículo se seleccionaron y debatieron solo algunas de las controversias detectadas en los grupos. Sin embargo, surgen muchas otras tensiones en las intervenciones maternas, neonatales e infantiles en el marco de la escasez de recursos. Por consiguiente, es necesario integrar las intervenciones en mujeres, madres, neonatos y niños (evitando que compitan entre sí), equilibrar las inversiones en el cuidado continuo, expandir adecuadamente la cobertura a través de acciones basadas en la comunidad o en los servicios, aplicar programas verticales u horizontales, usar la evidencia reconociendo sus limitaciones, mejorar la oferta o fortalecer la demanda, manejar la combinación de lo público y lo privado, e instrumentar acciones urgentes con metas a corto plazo en el marco de una construcción simultánea necesariamente lenta (por la complejidad de los sistemas de salud).⁶²

Se verifica la existencia de un hiato en el conocimiento acerca de las causas y acciones propuestas, por el cual se podría perder efectividad. Si bien los decisores de políticas sanitarias deben contar con información basada en la mejor evidencia disponible⁶³, en muchas oportunidades se parte de diagnósticos controvertidos. La identificación de problemas sanitarios requiere un diagnóstico de situación, así como la definición previa de valores, indicadores, fuentes de información y actores involucrados. Asimismo, es indispensable proporcionar a la investigación un papel central en la "política basada en evidencias", lo que requiere disponer de investigaciones operativas que den respuesta a problemas específicos y contar con el compromiso político que facilite su concreción.⁶⁴

El Plan Operativo se enmarca en la planificación estratégica (en oposición a la planificación normativa, donde existe un solo actor con poder, que planifica y gobierna la realidad desde fuera de ella con un diseño de programas "enlatados"): los actores que planifican son muchos y forman parte de distintas realidades que explican desde su situación; para quien busca implementar un proyecto, la planificación supone vencer o sortear las resistencias del otro y también tomar decisiones considerando las del otro.

Las controversias son falsas porque en política no hay una única intervención, y porque además se pueden ejecutar acciones en diversos campos simultáneamente. Por otra parte, dado que la priorización es la base para la elaboración de políticas, se requiere debatir las preguntas enunciadas sabiendo que no existe una única respuesta. En definitiva, la urgente necesidad de reducir muertes evitables obliga a ser efectivos a todos los actores inter-

vinientes en los procesos de planificación estratégica.

El debate sanitario, propósito del manuscrito, sirve para construir una visión de conjunto de las problemáticas sanitarias, contribuye a la efectividad de las acciones y promueve un mayor compromiso de los actores involucrados, lo que permite avanzar hacia políticas de Estado.⁶⁵

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ *Estadísticas vitales, información básica, año 2009*. Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación. Serie 5, Número 53, noviembre de 2010. [Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro53.pdf>]. [Último acceso: 25 de noviembre de 2011].
- ² *Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y los Adolescentes*. Subsecretaría de Salud Comunitaria, Ministerio de Salud de la Nación, 2010. [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/descargas/plan-operativo-reimpresion-junio2010.pdf>]. [Último acceso: 25 de noviembre de 2011].
- ³ González Prieto G, Bernstein R, Miceli A, Drake I. Plan Operativo para Reducir la Mortalidad Materno Infantil y de las Mujeres Adultas y Adolescentes en Argentina. *Rev Argent de Salud Pública*, 2010; 1(3):38-41. [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/rasp/rasp/articulos/volumen3/plan-operativo-mortalidad-infantil-mujeres.pdf>]. [Último acceso: 25 de noviembre de 2011].
- ⁴ De Sarasqueta P. Tesis de maestría en sistemas de salud y seguridad social. *Acciones efectivas para reducir la mortalidad neonatal. Evidencias del impacto de las intervenciones preventivas y curativas*. Fundación ISALUD, Argentina, 2004.
- ⁵ De Sarasqueta P. Mortalidad infantil por malformaciones congénitas y prematuridad en la Argentina: análisis de los criterios de reducibilidad. *Arch Argent Pediatr*, 2006; 104(2):153-158.
- ⁶ Joseph KS, et al. For the Fetal and Infant Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. Gestational age and birthweight specific declines in infant mortality in Canada 1985-94. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2000; 14:332-339.
- ⁷ Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas, Ministerio de Salud de la Nación. [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/hm/site/pdf/anexo-III-cardiopatias-congenitas.pdf>]. [Último acceso: 25 de noviembre de 2011].
- ⁸ Programa Nacional de Infecciones Respiratorias. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud de la Nación, 2008. [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/hm/site/pdf/anexo-xi-acta-02-08.pdf>]. [Último acceso: 25 de noviembre de 2011].
- ⁹ Ministerio de Salud de la Nación, UNICEF. *Estudio Nacional de la Mortalidad de Niños Menores de 5 años en Argentina* (EMMA), 2007. [Disponible en: <http://www.unicef.org/argentina/spanish/Emma.pdf>]. [Último acceso: 25 de noviembre de 2011].
- ¹⁰ Yedlin P, Avellaneda F, Diosque M, Tirado S, De Sarasqueta P. Evaluación de impacto de dos estrategias combinadas para reducir la mortalidad infantil en Tucumán, Argentina. *Rev Argent de Salud Pública*, 2010; 1(2):6-12. [Disponible en: www.msal.gov.ar/rasp/rasp/edicion-completa/RASP%20Volumen-I-II.pdf]. [Último acceso: 25 de noviembre de 2011].
- ¹¹ Maine D. 1999. What's so special about maternal mortality? In: *Safe Motherhood initiatives: critical issues*, edited by Marge Berger and TK Sundari Ravindran, pp 175-82. Oxford, England, Blackwell Science.
- ¹² Rooney CS. *Antenatal care and maternal health: how effective is it? A review of the evidence*. Organización Mundial de la Salud, 1992. [Disponible en: <http://www.who.int/whr/2005/chapter4/es/index2.html>]. [Último acceso: 25 de noviembre de 2011].
- ¹³ Carroli G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2001; 15(Supl 1):1-42.
- ¹⁴ Mónaco A. *Estrategias para disminuir la Mortalidad Materna: organización de servicios de obstetricia, rol de la terapia intensiva*. Jornada de Evaluación y Debate sobre Perspectivas Futuras. Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y los Adolescentes 2009-2011. 8 de septiembre de 2011. Hotel Regente, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- ¹⁵ Kramer MS, Barros FC, Demissie K, Liu S, Kiely J, Joseph KS. Does reducing infant mortality depend on preventing low birthweight? An analysis of temporal trends in the Americas. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2005; 19:445-51.
- ¹⁶ Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*, 2008; 371(9606):75-84.
- ¹⁷ Denney JM, Culhane JF, Goldenberg RL. Prevention of preterm birth. *Women's Health*, 2008; 4(6):625-638.
- ¹⁸ Carvajal Encina F, Puebla Molina S. Los enfoques actuales resultan insuficientes para establecer la influencia de las conductas de riesgo en el nacimiento prematuro. *Evid Pediatr*, 2010; 6:60.
- ¹⁹ Hayes EJ, Paul DA, Stahl GE, Seibel-Seamon J, Dysart K, Leiby BE, et al. Effect of antenatal corticosteroids on survival for neonates born at 23 weeks of gestation. *Obstet Gynecol*, 2008; 111(4):921-6.
- ²⁰ Lasswell SM, Barfield WD, Rochat RW, Blackmon L. Perinatal Regionalization for Very Low-Birth-Weight and Very Preterm Infants. A Meta-analysis. *JAMA*, 2010; 304(9):992-1000.
- ²¹ Schwarcz A. Ministerio de Salud de la Nación. Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP/SMR)-OPS/OMS. *Regionalización de la Atención Perinatal*, mayo de 2010.
- ²² Speranza A, Kurlat I. Regionalización del cuidado perinatal: una estrategia para disminuir la mortalidad infantil y la mortalidad materna. *Rev Argent Salud Pública*, 2011; 7(2):40-42.
- ²³ Goldenberg RL, Mercer BM, Meis PJ, Copper RL, Das A, McNellis D. The preterm prediction study: the value of new vs standard risk factors in predicting early and all spontaneous preterm births. NICHD MFMU Network. *Am J Public Health*, 1998; 88(2):233-238.
- ²⁴ Organización Mundial de la Salud. *Estadísticas sanitarias mundiales*, 2011. [Disponible en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2011_Full.pdf]. [Último acceso: 25 de octubre de 2011].
- ²⁵ Arrossi S, Paolino M, Sankaranarayanan R. Challenges faced by cervical cancer prevention programs in developing countries: a situational analysis of program organization in Argentina. *Rev Panam Salud Publica*, 2010; 28(4):249-57.
- ²⁶ Ministerio de Salud de la Nación. *Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo*, 2006. [Disponible en: http://www.msal.gov.ar/hm/site/enfr/resultados_completos.asp]. [Último acceso: 25 de noviembre de 2011].
- ²⁷ International Agency for Research on Cancer. *IARC Handbooks of Cancer Prevention*, Volume 10, Cervix Cancer Screening, IARC Press, Lyon, 2005.
- ²⁸ Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). *Planificación y aplicación de los programas de prevención y control del cáncer cérvico-uterino. Manual para gestores*, 2004.
- ²⁹ Lomuto C, Speranza A. Evaluación de las maternidades públicas argentinas 2009-2010. Ministerio de Salud de la Nación. Resultados preliminares, no publicados.
- ³⁰ Blondel B, Papiernik E, Delmas D, et al. Mosaic Research Group. Organisation of obstetric services for very preterm births in Europe: results from the MOSAIC project. *BJOG*, 2009; 116(10):1364-72.
- ³¹ Pilkington H, Blondel B, Carayol M, Breart G, Zeitlin J. Impact of maternity unit closures on access to obstetrical care: the French experience between 1998 and 2003. *Soc Sci Med*, 2008; 67(10):1521-9.
- ³² Plan Nacer, Ministerio de Salud de la Nación, 2010. [Disponible en: http://www.msal.gov.ar/hm/site/plan_nacer/index.asp#none]. [Último acceso: 25 de noviembre de 2011].
- ³³ Black R, Morris S, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet*, 2003; 361:2226-34.
- ³⁴ Jones G, Steketee R, Black R, Bhutta Z, Morris S, and the Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*, 2003; 362:65-71.

- ³⁵ Bryce J, El Arifeen S, Pariyo G, Lanata C, Gwatkin D, Habicht J, and the Multi-Country Evaluation of IMCI Study Group. Reducing child mortality: can public health deliver? *Lancet*, 2003; 362:159-64.
- ³⁶ Victora C, Wagstaff A, Armstrong Schellenberg J, Gwatkin D, Claeson M, Habicht J. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *Lancet*, 2003; 362:233-41.
- ³⁷ The Bellagio Study Group on Child Survival. Knowledge into action for child survival. *Lancet*, 2003; 362:323-27.
- ³⁸ Lawn JE, Cousens S, Zupan J, for the Lancet Neonatal Survival Steering Team. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet*, 2005; 365:891-900.
- ³⁹ Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, de Bernis L, for the Lancet Neonatal Survival Steering Team. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet*, 2005; 365:977-88.
- ⁴⁰ Knippenberg R, Lawn JE, Darmstadt GL, et al, for the Lancet Neonatal Survival Steering Team. Systematic scaling up of neonatal care in countries. *Lancet*, 2005; 365:1087-98.
- ⁴¹ Martinez J, Paul VK, Bhutta ZA, et al, for the Lancet Neonatal Survival Steering Team. Neonatal survival: a call for action. *Lancet*, 2005; 365:1189-97.
- ⁴² Ronsmans C, Graham WJ, on behalf of The Lancet Maternal Survival Series steering group. Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet*, 2006; 368:1189-200.
- ⁴³ Campbell OM, Graham WJ, on behalf of The Lancet Maternal Survival Series steering group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what Works. *Lancet*, 2006; 368:1284-99.
- ⁴⁴ Koblinsky M, Matthews Z, Hussein J, et al., on behalf of The Lancet Maternal Survival Series steering group. Going to scale with professional skilled care. *Lancet*, 2006; 368:1377-86.
- ⁴⁵ Borghi J, Ensor T, Somanathan A, Lissner C, Mills A, on behalf of The Lancet Maternal Survival Series steering group. Mobilizing financial resources for maternal health. *Lancet*, 2006; 368:1457-65.
- ⁴⁶ Filippi V, Ronsmans C, Campbell OM, et al. Maternal health in poor countries: the broader context and a call for action. *Lancet*, 2006; 368:1535-41.
- ⁴⁷ Bhutta ZA, Darmstadt GL, Hasan BS, Haws RA. Community-Based Interventions for Improving Perinatal and Neonatal Health. Outcomes in Developing Countries: A Review of the Evidence. *Pediatrics*, 2005; 115:519-617.
- ⁴⁸ Adam T, Lim SS, Mehta S, Bhutta ZA, Fogstad H, Mathai M, et al. Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. *BMJ*, 2005; doi:10.1136/bmj.331.7525.1107.
- ⁴⁹ Johns Hopkins University. Department of International Health. [Disponible en: <http://www.jhsph.edu/dept/ih/IIP/list/index.html>]. [Último acceso: 25 de noviembre de 2011].
- ⁵⁰ Schwarcz A, Karolinski A. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Red AMBA (Área Metropolitana de Buenos Aires). *Encuesta Perinatal*, 2008 (inédito).
- ⁵¹ Ramos S, Romero M, Karolinski A, Mercer R, Insua I, Del Río Fortuna C. CEDES. Con el apoyo de CONAPRIS/Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación Argentina y del Fondo de Población de Naciones Unidas. *Para que cada muerte materna importe*, 2004. [Disponible en: <http://www.saludinvestiga.org.ar/pdf/libros/2004/libroMM.pdf>]. [Último acceso: 25 de noviembre de 2011].
- ⁵² Karolinski A, Mazzoni A, Belizán JM, Althabe F, Bergel E, Bueken P. Lost opportunities for effective management of obstetric conditions to reduce maternal mortality and severe maternal morbidity in Argentina and Uruguay. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2010; 110:175-180.
- ⁵³ Arrossi S, Paolino M. *Proyecto para el Mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-Uterino en Argentina: Diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales*. Organización Panamericana de la Salud, Informe Técnico Nro. 64, Buenos Aires, Argentina, 2008.
- ⁵⁴ 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.
- ⁵⁵ Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal* 1995, 153. [Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1487455/pdf/cmaj00082-0021.pdf>]. [Último acceso: 25 de noviembre de 2011].
- ⁵⁶ Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wilson MH, Abboud PA, et al.: Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*, 1999; 282(15):1458-65.
- ⁵⁷ Yu VY, Dunn PM. Development of regionalized perinatal care. *Seminars in Neonatology*, 2004; 9:89-97.
- ⁵⁸ Saugstad OD. Reducing Global Neonatal Mortality Is Possible. *Neonatology*, 2011; 99:250-257.
- ⁵⁹ Pilkington H, Blondel B, Papiernik E, et al. MOSAIC group. Distribution of maternity units and spatial access to specialised care for women delivering before 32 weeks of gestation in Europe. *Health Place*, 2010; 16(3):531-8.
- ⁶⁰ Garibaldi MC. Ministerio de Salud de la Nación. CLAP/SMR-OPS/OMS. *Regionalización Perinatal en la Provincia de Neuquén*, mayo de 2010.
- ⁶¹ Neto MT. Perinatal care in Portugal: effects of 15 years of a regionalized system. *Acta Paediatr*, 2006; 95(11):1349-52.
- ⁶² McCoy D, Storeng K, Filippi V, et al. Maternal, neonatal and child health interventions and services: moving from knowledge of what works to systems that deliver. *International Health*, 2010; 2:87-98.
- ⁶³ Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A (editors). *SUPPORT Tools for evidence informed health Policymaking (STP)*. Report nr 4-2010. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2010.
- ⁶⁴ Carden F. *Knowledge to Policy: Making the Most of Development Research*. Primera edición: junio de 2009. Ed.: Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo. Ottawa, Canadá.
- ⁶⁵ Tobar F. Cómo construir una política de estado en salud. *Revista Médicos, Medicina Global*, 2002; 23(4):34-39.