

Especialización en Administración Hospitalaria

Trabajo Final de Especialización

Autor: Alberto Lazo

MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MATERNO INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE MERLO

2011

Citar como: Lazo, A. (2011). Mejora de la calidad en la atención materno infantil en el Municipio de Merlo. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

Índice

1. Resumen Ejecutivo	3
1.1 Resultados esperados	3
1.2 Beneficiarios	3
1.3 Responsables del proyecto	3
1.4 Necesidades de financiamiento	3
1.5 Conclusiones generales	4
1.6 Palabras clave	4
1.7 Executive Summary	4
1.8 Expected Results	4
1.9 Beneficiaries	4
1.10 Responsible Authorities	5
1.11 Financing Needs	5
1.12 General Conclusion	5
2. Introducción	6
2.1 Características de la organización	6
2.2 Justificación del Proyecto	6
2.3 Marco conceptual del proyecto	9
2.4 Principales obstáculos a enfrentar	12
3. Problema	13
3.1: Definición	13
3.2 Descripción del problema: características y consecuencias	14
3.3 Análisis de las causas del problema	15
4. Objetivos	21
4.1 Objetivo General	21
4.2 Objetivos específicos	21
5. Análisis de situación y diagnóstico estratégico: FODA.	24
6. Actividades y cronograma	26
7. Dirección del Proyecto y mecanismos de evaluación	28
8. Conclusiones	30
9. Bibliografía	32

1. Resumen Ejecutivo

Durante el proceso de concepción, embarazo, parto y primer año del recién nacido, se dan oportunidades estratégicas- en términos de desarrollo humano- que las sociedades capitalizan o pierden en la medida que sus Políticas Públicas sepan interpretar como vital y definitorio este período de vida del binomio madre e hijo, en el desarrollo final de las personas.

El proyecto tiene como fin, contribuir a mejorar la calidad de la Salud Materno Infantil en el Municipio de Merlo, a través del rediseño y la optimización del proceso de atención de la mujer embarazada y el niño menor de un año. ***Las características más importantes y novedosas son: la nominalización temprana de la embarazada; la calificación riesgo; la vigilancia y búsqueda por score de riesgo; la introducción de un programa informático específico, que incluye la ficha clínica informatizada que centraliza y aporta información sistematizada en tiempo real.***

1.1 Resultados esperados

Al finalizar el proyecto habrá en existencia una optimización del proceso de atención materno Infantil en el Municipio de Merlo. La meta es alcanzar el ***100% de accesibilidad*** de la población objetivo; lograr ***equidad en los servicios de salud para la madre y el niño.***

Esta equidad pretende expresarse en el "acceso universal" a los servicios. Considerando una equidad cuantitativa y equidad cualitativa o intra-proceso, mediante una gestión que garantice más cantidad y complejidad de atención a quien más exposición de riesgo presenta.

1.2 Beneficiarios

Esta intervención beneficiará a las 6.000 embarazadas que anualmente se asisten en el distrito de Merlo y un número similar de recién nacidos hasta el año de vida, que estarán bajo el alcance de los servicios y vigilancia del proyecto.

1.3 Responsables del proyecto

El diseño e implementación del proyecto es responsabilidad de la Secretaría de Salud Pública del Municipio de Merlo.

1.4 Necesidades de financiamiento

El proyecto se inicia sobre la base de una estructura de recursos humanos ya en funciones. Este personal es empleado municipal y perteneciente al Sistema de Salud. Si bien se estipula un aumento de personal, éste será staff equivalente al plantel existente donde hay asignación presupuestaria determinada.

Por otra parte, la provisión de leche, medicamentos y otros insumos, son elementos en existencia con presupuestos asignados. No obstante, contemplo cierta expansión de costos como en el diseño del programa informático, adquisición de computadoras, mobiliario. Estos gastos se afrontan con la partida presupuestaria de la Secretaría de Salud.

1.5 Conclusiones generales

Se trata de un proyecto social que pretende contribuir a la mejora de la calidad en Salud Materno Infantil del distrito, a través del rediseño y mejora del proceso de atención de la mujer embarazada y de los niños menores de un año. Esta intervención pretende gestionar dos resultados claves de la atención materno- infantil: la calidad y la equidad, con una repercusión social altamente positiva.

1.6 Palabras clave

Gestión por riesgo; gestión de procesos; oferta activa de los servicios; equidad cuantitativa y cualitativa; nominalización temprana; calidad; equidad; accesibilidad.

1.7 Executive Summary

During the process of conception, pregnancy, childbirth and newborn's first year of age, there are strategic opportunities, in terms of human development, that may be capitalized or lost by our society as the public health system policies could interpret and value as vital and definitional this mother and newborn's period of life along people's life development. The project aims to contribute to Maternal and Child Health quality in the city of Merlo, by redesigning and improving health control processes for pregnant women and children under one year of age, basically incorporating:

- pregnant women early nominalization;
- a risk assessment system;
- a monitoring and risk score searching system;
- a specific computer program which shall include computerized medical records and shall provide centralized and systematized information in real time.

1.8 Expected Results

At the end of the project, the process of Mother and Child Care in the District of Merlo shall be optimized. The goal is to achieve the target population's total accessibility to healthcare services, as well as equity in health services for mother and child. This equity, (quantitative or qualitative or intra-process), is intended to express the "universal access" to services, using a system that will increase care quantity and complexity among the most exposed persons.

1.9 Beneficiaries

This intervention will benefit 6,000 women who annually attend pregnancy care in the district of Merlo, and a similar number of infants, up to one year of age, that will be placed under the scope of the monitoring project system.

1.10 Responsible Authorities

The Ministry of Public Health of the district of Merlo shall be responsible for the design and implementation of the project.

1.11 Financing Needs

The project is based on the actual human structure and its functioning. The staff belongs to the local district health system. Although a staff increase is provided for, said staff will be equivalent to the existing one for which there is specific budget allocation. On the other hand, milk supply, medicines and other supplies are items in stock with allocated budgets. Nevertheless, some costs for the design of software, purchase of computers and furniture have been foreseen. These expenses shall be met with the budget of the Ministry of Health.

1.12 General Conclusion

This is a social project, which aims to contribute to the improvement of Maternal and Child Health quality in the district of Merlo, by redesigning and improving medical and social care for pregnant women and children under one year of age. This intervention expects two key outcomes regarding mother and child care: quality and equity, with a highly positive social impact.

2. Introducción

2.1 Características de la organización

El Municipio de Merlo es un distrito de la provincia de Buenos Aires, Argentina. Cuenta con una superficie de 170 km² y una población total de 528.000 habitantes; esto determina una densidad poblacional promedio de 3.105 hab/km². Es el 5° distrito en cantidad poblacional de la Provincia.

La gestión de los Servicios de Salud es principalmente Municipal: 33 Unidades de APS y dos maternidades son municipales; sólo una maternidad es de gestión provincial.

La misión del programa materno-infantil del Municipio de Merlo es brindar servicios de cuidado de la salud, de prevención, promoción y atención de calidad con accesibilidad universal de la población objetivo, de manera equitativa y oportuna.

El financiamiento del programa materno-infantil es básicamente municipal, mediante recursos genuinos y fondos de la coparticipación Federal. Se agrega la recaudación por facturación Plan Nacer que es exclusivo de cada efector prestador. Además algunos insumos (como medicación del embarazo o del recién nacido) están cubiertos por el Plan Remediar; la administración de leche mediante el programa específico nacional; las inmunizaciones mediante vacunas llegan a través del Programa Nacional de Vacunas. Otros programas de apoyo son: Progema, Prosane y, finalmente, la Secretaría de Acción Social que dispone de insumos vinculados a Salud como viviendas, materiales de construcción, alimentos, abrigo, entre otros.

2.2 Justificación del Proyecto

La necesidad de contar con un proyecto técnico-científico adecuado a nuestra realidad en el área materno-infantil es imperiosa, por la importancia estratégica de esta población, y por ser un problema particularmente magnificado en la región. La tasa de mortalidad materno-infantil (MI) de nuestro Municipio se encuentra en la media del conurbano bonaerense, pero lejos de los estándares internacionales para este tipo de población. (Ver Cuadro N° 1).

Cuadro N° 1: La tabla siguiente compara la tasa media de MI en Argentina, en el Municipio de Merlo, y la media promedio de los 20 países más desarrollados del mundo.

Año	Argentina	Merlo	20 Países más desarrollados (Promedio)
2003	16,6	19,8	6,5
2004	15,1	13,2	6,9
2005	15,2	18	5,7

2006	14,7	13	6,2
2007	14,2	18,3	4,9
2008	11,7	13,9	5,2
2009	11,4	18	4,8
2010	11,1	15	4,9

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación, estadística 2010. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, estadística 2010 y OMS, estadística 2010.

Las tasas de mortalidad materna e infantil son influenciadas por factores ambientales, de infraestructura en saneamiento (cloacas, agua potable, luz y gas), por variables socioculturales, educacionales y, específicamente, por los aspectos biológicos de la reproducción humana, así como por la presencia de enfermedades provocadas o agravadas durante el período de embarazo, parto y puerperio. También son influenciadas por las condiciones de atención del parto, puerperio y recién nacido.

Actualmente, estamos en presencia de una tasa de mortalidad materna elevada, tres muertes cada diez mil nacidos vivos. El 80% de mujeres fallecidas en este período por causas obstétricas directas son evitables mediante la adopción de medidas relativamente simples.

Dentro de lo corresponde a las acciones en salud, son evitable si los controles completo según estándares del embarazo, la accesibilidad a medicaciones claves como hierro ácido fólico, antibióticos, alimentos, etc. También depende de Salud la accesibilidad a la atención de complejidad en el caso del parto y recién nacido que lo necesite.

Cuadro N°2: Comparación de las principales variables que hacen a la salud materno infantil entre países desarrollados versus países en desarrollo.

Variables	Países desarrollados	Países en desarrollo
Ambientales (cloacas, agua potable, hogares)	Mayor confort	Déficit de confort (900.000 millones sin agua potable)
Socioculturales (embarazo adolescente) Menor de 18 cada X partos.	Superiores (1/30 y 1/60, en España, Italia, Francia, Alemania y Canadá)	Inferiores (nacimientos en menores de 19 años, 1/6 partos anuales en Argentina)
Educacionales (escolaridad)	Mejores (escolaridad por habitante 17,2 años, Canadá)	Deficitaria (escolaridad por habitante 9,9 años, Argentina)
Económica	Elevado ingreso per cápita (38.000 dólares anuales, Canadá)	Bajo ingreso per cápita (10.000 dólares anuales, Argentina)
Cobertura social	Mayoritaria	Escasa
Preconcepcionales	Mejores condiciones de salud	Condiciones deficitarias de salud
Natalidad	Reducida (TBN 9,9‰ hab., Canadá)	Elevada (índice de Natalidad Merlo 17,8‰)
Control de embarazo	Adecuada oferta/demanda	Deficitaria oferta/demanda

Medios tecnológicos (camas por 10.000 hab.)	Mayores y mejores. Suiza 18,1; Japón 16,5; Holanda 11,3.	Menores y deficientes. 4,3.
---	--	-----------------------------

El cuadro comparativo se diseñó basado en indicadores publicados por los siguientes organismos: ONU, OPS, OMS, Banco Mundial.

En este punto, podemos evidenciar aquello que denominamos **“la gran trampa”** del subdesarrollo; esto es: afrontar la atención de necesidades magnificadas exponencialmente con iguales o menores presupuestos, y sistemas de salud con menores desarrollos relativos desde el punto de vista de la ecuación necesidades/oferta de servicios.

La equidad y la superación de la pobreza son cruciales en la búsqueda de soluciones integrales y de alto impacto. Cada vez es más evidente que las estrategias de promoción de la salud deben considerar un enfoque social, comunitario y político integral que permita el acceso equitativo a respuestas efectivas en la salud. 4

Si tenemos una mirada global de salud pública, sin lugar a duda que en la salud materno-infantil está la oportunidad por excelencia, en virtud que el principal potencial de una sociedad es la suma del activo más importante, el desarrollo humano, y con ello la capacidad global de sus habitantes. Precisamente en las mejores condiciones de salud, preconcepcionales, del embarazo, del parto y de los primeros años de vida, es donde se definen los potenciales socio psico biológico, que permitirán posteriormente –con la educación y el desarrollo cultural- lograr en las personas sus máximos potenciales. En base a esta posición estratégica de la problemática es que esta población, presenta los mejores índices costo efectividad de las inversiones de la Salud Pública.

En los últimos años, el estado del arte y ciencia médica ha generado grandes avances en el tratamiento de las principales problemáticas del embarazo, parto y recién nacido, con excelentes resultados. Estamos en un punto donde el conocimiento y la tecnología tienen los medios para evitar gran parte de los daños en la salud, la vida de la madre y el recién nacido. Entonces la problemática radica en: ¿cómo se llega con esta experiencia, conocimiento y tecnología a la población necesitada en forma equitativa? Para que esa madre embarazada y ese niño por nacer tengan las mismas oportunidades de desarrollo, la condición primaria y fundamental es el máximo desarrollo biológico posible y la salud adecuada, que dan base al resto de los desarrollos de las personas. Es derecho de las personas recibir las prestaciones que benefician su estado de salud, y es obligación de los Estados generar los medios para garantizarlas. 5

Esta situación hace imprescindible que quienes tenemos la responsabilidad técnica en el diseño de Políticas, revisemos el modelo actual de atención del proceso de embarazo, parto y puerperio normal y patológico, como el desarrollo del recién nacido hasta el año de vida, con la visión de formular proyectos innovadores a los efectos de optimizar todas las herramientas de gestión y de acción sobre la salud de la madre y el niño. En todas las sociedades existe un creciente avance de la economía como ciencia que se ocupa de la elección de la mejor alternativa para satisfacer las demandas, se la reconoce como clave para el éxito a largo plazo. En todos los ámbitos de la actividad productiva, tanto en las economías liberales como en las socialistas, existe actualmente una aguda preocupación por asignar eficientemente los recursos.

En este sentido, en las organizaciones sanitarias se fue consolidando el concepto del "costo de la no calidad", como un costo muchas veces no valorado en forma de infecciones nosocomiales, duplicación de estudios, etc. Algunos informes demuestran que el costo de la no calidad puede alcanzar hasta el 30% del presupuesto anual de una organización sanitaria.⁶

En este marco, el presente proyecto está basado en la calidad, la equidad y la accesibilidad. La asignación familiar por embarazo (que comparte igual población) es una medida de apalancamiento oportuna, ya que posiciona mejor el ingreso económico de la futura mamá y genera un mecanismo de adhesión y posibilidad del registro temprano. La equidad cuantitativa y cualitativa será abordada mediante la categorización de riesgo (incluido el riesgo socio ambiental), la gratuidad en la entrega de medicación, nutrientes e insumos que requiera la población, la vigilancia y atención proactiva ante necesidades no demandas, la gestión de la información sistematizada para dirigir las acciones y realizar investigación a los efectos de rediseñar el propio proyecto.

La Implementación del presente proyecto pondrá a la gestión Municipal en una posición altamente referencial, ya que la problemática que aborda es sumamente sensible a todas las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, y tema de agenda y de acciones permanente, desde la macro gestión de Salud, Ministerio Nacional y Provincial.

2.3 Marco conceptual del proyecto

La salud constituye una dimensión esencial de la calidad de vida del hombre y es considerada por todas las culturas como un bien social primario (o superior) que debe ser máximamente preservado, por cuanto está ligada a toda la actividad humana y constituye un medio necesario para alcanzar una existencia feliz, digna y productiva, tanto en el aspecto social como en el económico. Existe un amplio consenso mundial en reconocer a la salud como un derecho humano fundamental (ONU, UNESCO) que es necesario proteger en cuanto conforma un prerrequisito esencial para la realización de los proyectos de vida de las personas, así como una condición indispensable para garantizar la igualdad de oportunidades en la construcción de sociedades más democráticas.⁴

El área materno infantil debe ser considerada como una prioridad de salud en todos los países del mundo y constituye un aspecto central de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, estrategia global para erradicar la pobreza y mejorar el bienestar de la humanidad para el año 2015. Con este fin, en la agenda de la salud pública internacional, se han desarrollado programas destinados a disminuir la mortalidad infantil, a los que se ha sumado, en las dos últimas décadas, la reducción de la mortalidad materna como un tema urgente.⁸

Este enfoque ha llevado, por una parte, a releer los datos convencionales y las brechas de equidad entre grupos sociales, no sólo como una falta de garantía del acceso a la salud, sino como una violación del derecho a la vida; y, por otra, ha enfrentado a los salubristas y planificadores sanitarios al desafío de desarrollar metodologías acordes con este marco, para promover y garantizar el cumplimiento de estos derechos, asegurando el grado más alto de salud materno infantil.⁹

El papel de los determinantes sociales en la mortalidad en la niñez fue planteado en la década de los ochenta por autores como Mosley y Chen (1984) y Caldwell, Reddy y Caldwell (1983). Los primeros autores, en su clásico artículo sobre la mortalidad en la niñez, plantean que todos los factores sociales y económicos operan a través de un conjunto de mecanismos biológicos y determinantes próximos (variables intermedias), que influyen directamente en el riesgo de morbilidad y mortalidad.

Mucho han discutido e investigado distintas corrientes sanitarias desde la Salud Pública sobre los determinantes sociales de la morbi mortalidad infantil, de la morbi mortalidad materna, de la salud de la mujer y de las relaciones entre sexualidad y salud reproductiva, los patrones socioculturales en los cuidados del recién nacido y los niños en su primera infancia; corrientes de pensamiento que deben ser retomados y revisados, con la finalidad de adecuarlos y reelaborarlos para el contexto que nos toca afrontar en el conurbano bonaerense.

Una de las líneas propuestas por Mosley y Chen, sobre la base de un modelo de determinantes próximos y mediatos de la morbi mortalidad infantil, si bien no adopta una perspectiva de género, señala la importancia de las normas y tradiciones culturales, refiriéndose específicamente a las relaciones de poder en el interior de los hogares, y al acceso de las mujeres a recursos y a la toma de decisiones críticas en el cuidado de la salud; sugiriendo la elevación de la educación de las madres como una intervención necesaria para mejorar la salud infantil al modificar su posición de poder en el interior de la familia.¹¹

En igual sentido, McCarthy y Maine, analizan los determinantes de la mortalidad materna, tomando como base al modelo de Mosley y Chen, señalan como único determinante mediatos de las variables intermedias que definen el riesgo de mortalidad al estatus socioeconómico de la mujer en la sociedad. Estos autores identifican como variables intermedias o únicas rutas posibles a través de las cuales operan los determinantes sociales de la mortalidad materna, a los siguientes: el estado de salud de la mujer, su estatus reproductivo, su acceso a servicios de salud.¹²

Sai y Nassim agregan una dimensión más con su enfoque, proponiendo que los fundamentos de la salud reproductiva se establecen en la niñez y en la adolescencia. En tanto que, las raíces de la fecundidad no regulada, del escaso cuidado a la salud de las mujeres y de sus deficiencias en algunos nutrientes (hierro, vitamina D y yodo) se derivan del rechazo social a la sexualidad no procreativa en las mujeres -cuya valoración social exclusiva reside en la maternidad- y de la discriminación de género que experimentan desde el nacimiento.¹³

Leslie y Dixon-Mueller, por separado pero coincidiendo en una misma dimensión, con diversas perspectivas teórico-metodológicas han elaborado marcos conceptuales en los que la condición social de la mujer, las desigualdades de género y las relaciones de poder entre los géneros aparecen como los determinantes sociales únicos o principales que inciden sobre las variables intermedias en morbi mortalidad infantil y materna, en la salud de la mujer, en anticoncepción y aborto, y en el uso de medidas preventivas contra el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

- Desde estos múltiples enfoques, se identifican cinco determinantes comunes:

- Factores de la madre (edad, paridad, intervalo intergenésico, otros).
- Contaminación medio ambiental (aire, alimento, agua, vectores y otros).
- Deficiencias nutricionales (calorías, proteínas, micronutrientes).
- Daños (accidentales e intencionales).

Control personal de la enfermedad (medidas preventivas y tratamientos médicos, entre otros).

Consciente que desde la Salud Pública existe una participación acotada en las variables causales en Salud materno infantil; pero también, la voz autorizada para llevar a los decisores del resto de las áreas el alerta y la demostración de las necesidades de avanzar en Políticas integrales, el proyecto viene a reivindicar “el bien superior”, y el derecho primario, que es el de la Salud, eliminar las barreras de accesibilidad, “Accesibilidad Universal”, para, desde una oferta de servicios normatizados dar equidad y calidad de manera gratuita, y de esta manera, soslayar y recuperar oportunidades desplazadas por la pobreza y niveles bajos de educación.

La **accesibilidad a los servicios de cuidado de la salud** es un elemento sustantivo para que exista realmente la protección social en salud (sea efectiva). La accesibilidad de un sistema de salud se define como el conjunto de variables que favorecen la atención institucionalizada de la demanda sanitaria. Es la modalidad que adquiere la utilización de los servicios de cuidado de la salud de un determinado sistema de salud (red sanitaria, red de servicios de cuidado de la salud), sobre la base de las condiciones y discursos de los servicios, así como de las condiciones y representaciones de los usuarios (derechohabientes). La accesibilidad es el atributo de los sistemas de salud, vinculado a la equidad, por el cual se intenta medir la oportunidad que tienen los usuarios de recibir el cuidado que necesitan, a un costo razonable. Considerando las barreras de acceso, la accesibilidad puede categorizarse en:

- **Falta de accesibilidad pre-institucional:** está dada por las barreras de acceso geográficas, económicas, educativas, culturales y de comunicación; la falta de accesibilidad pre-institucional es responsable de la demanda oculta.
- **Falta de accesibilidad institucional:** está dada por las barreras de acceso de la estructura y de los procesos de las instituciones proveedoras de servicios de cuidado de la salud; la falta de accesibilidad institucional es responsable de la demanda insatisfecha.

Sobre ambas barreras pretende actuar el presente proyecto.

2.4 Principales obstáculos a enfrentar

Internamente, llegar a niveles de motivación suficientes para llevar adelante los objetivos del proyecto. Esta motivación requiere de una modificación de las conductas de todo el equipo de salud. Modificación que también debe darse rápidamente, a los efectos de no sufrir la inercia de comienzo, una vez iniciado el proyecto. Lograr un buen nivel de integración de los tres niveles de gestión de Salud, Nacional, Provincial y Municipal, que facilite la continuidad de la oferta de Servicios; por tratarse de distintos Sistemas, y gran cantidad de instituciones como Servicios involucrados directa o indirectamente. Lograr un buen nivel de integración y coordinación será definitorio en la marcha del proyecto.

3. Problema

3.1: Definición

Baja calidad de atención en salud materno-infantil, del sistema público en el Municipio de Merlo.

La falta de calidad y continuidad en la atención materna infantil se evidencia tanto en la evaluación técnica de la prestación de Servicios, como a partir de la insatisfacción de las pacientes y los indicadores de MI.

Indicadores del problema

- Evaluación técnica: porcentaje de embarazadas en relación a los controles de embarazo

- % de embarazadas que llegan al parto sin controles:

$$\frac{\text{Nº de partos sin controles}}{\text{Total de embarazadas}} \times 100 = 30 \%$$

- % de embarazadas con controles insuficientes:

$$\frac{\text{Nº de partos con controles insuficientes}}{\text{Total de embarazadas}} \times 100 = 30 \%$$

- % de embarazadas con controles suficientes pero cualitativamente deficientes:

- $\frac{\text{Nº de partos con controles suficientes pero cualitativamente deficientes}}{\text{Total de embarazadas}} \times 100 = 40 \%$

Esto es: el 30 % de embarazadas llegan al parto sin controles, otro 30 % con controles insuficientes, y solo el 40% con los controles cuantitativamente suficientes pero con estándares de calidad bajos. (Entre ellos, controles que no permitieron diagnosticar HTA, pacientes con hemoglobinas bajas que se trataron discontinuadamente, pacientes con sedimentos urinarios y cultivos patológicos que recibieron tratamiento tardíamente.)

Fuente estadística 2008-2010 (Secretaría de Salud Municipalidad de Merlo)

- Satisfacción del usuario: porcentaje de satisfacción de las pacientes

- % de embarazadas que están insatisfechas por las demoras en la adjudicación de turnos y estudios complementarios:

$$\frac{\text{Embarazadas que consideran tardanza en los turnos}}{\text{Total de embarazadas encuestadas (Posparto)}} \times 100 = 70\%$$

- % de embarazadas que consideran que podrían haber recibido mejor trato en el sistema de salud municipal:

$$\frac{\text{Embarazadas que consideran situaciones de maltrato}}{\text{Total de embarazadas encuestadas (Posparto)}} \times 100 = 62\%$$

La encuesta incluye: mala atención telefónica, demoras, turnos alejados, mala comunicación en la recepción, vocabulario inadecuado utilizado por personal en la atención intra institucional.

Fuente: encuesta realizada durante el 2011, sobre 400 pacientes entre los tres primeros meses del parto, atendidas en el sistema municipal.

- Elevada mortalidad materno-infantil:

Merlo, cuenta con un índice de MI de 15 muertos menores de un año cada mil nacidos vivos, y una mortalidad materna de 2,9 cada 10.000 nacidos vivos respectivamente.

Fuente: Ministerio de Salud de la Pcia. de Bs. As., año 2010

3.2 Descripción del problema: características y consecuencias

En el distrito de Merlo, la posibilidad de recibir una atención sanitaria integral y continua, tanto durante el embarazo, el parto y el puerperio, como en el primer año de vida del recién nacido, se enfrenta a grandes dificultades debido a:

- La segmentación del sistema
- La escasa coordinación entre niveles asistenciales
- La variabilidad en los procesos
- La escasa capacidad de adaptación de los servicios a las necesidades cambiantes de los ciudadanos

Este déficit lleva a controles insuficientes y la consiguiente pérdida del diagnóstico oportuno. La falta del contacto adecuado de la embarazada con el sistema implica no recibir las consultas, las vacunas y los controles que benefician la salud materno infantil;

fundamentalmente implica la falta de oportunidad para la detección de anomalías y/o enfermedades que signifiquen riesgos para la madre y el feto, o morbi mortalidad para la madre y el niño.

3.3 Análisis de las causas del problema

Cuadro N° 3:

Matriz causa- efecto de Kaoru Ishikawa "Espina de pescado"

Procesos	RR.HH.
Falta de captación nominalizada, categorización y vigilancia	Falta de capacitación
Falta de guías de procedimientos MI	Déficit de horas de profesionales y administrativos
Incoordinación de acciones en las redes de atención	
Insuficiente promoción de SMI	
Falta gestión de información e investigación	

Causa Mayor (I) Falta de un proceso integrado e integral de atención de la mujer embarazada y el niño menor de un año



Baja calidad de salud MI



Causa Mayor (II) *Falta de un sistema informático "Inteligente" para el procesamiento de datos.*

Infraestructura	Insumos
Falta de un Sistema informático "inteligente"	Discontinuidad en la entrega de Medicación
Déficit (Salas de APS, de internación, camas)	Discontinuidad en la entrega de Alimentos y Leche
Falta de un espacio para la Oficina del PMI	Insuficiente distribución de abrigo, materiales, otros.
Falta de Móvil (Ambulancia) exclusiva	

I. Falta de un proceso integrado e integral de atención de la mujer embarazada y el niño menor de un año.

A continuación se describe: Falta de captación y nominalización temprana de la embarazada y posteriormente del recién nacido; falta de categorización por riesgo; falta de vigilancia del cumplimiento de los controles de embarazo que establece el programa materno-infantil.

Falta de captación, nominalización temprana de la embarazada, y posterior del recién nacido hasta el año.

Este déficit es sumamente importante en el manejo de la población objetivo. Actualmente dependemos de que las necesidades sean demandadas por parte de la decisión exclusiva del paciente; es decir, que las necesidades no demandadas evolucionan sin controles médicos obstétricos. Lograr la captación de la totalidad de la población objetivo es cumplir con la primera premisa de una medicina equitativa: garantizar el acceso; la atención prenatal no implica la mera existencia o disponibilidad del servicio, sino además, debemos dar garantía de acceso geográfico, económico, cultural y funcional institucional. Al establecer estrategias de acceso, de acuerdo con el contexto social de la embarazada y su familia, el servicio de atención prenatal estará contribuyendo en la adherencia al acompañamiento. Para garantizar el acceso, el servicio de atención prenatal debe ser prestado de forma oportuna, continua, atendiendo la demanda real, y poseyendo un sistema de referencia que asegure el acceso asistencial en el servicio especializado o de mayor complejidad. El objetivo de captar a la mujer embarazada tempranamente, estará potenciado por la asignación por embarazo -ya en vigencia desde el año 2011- permitiendo nominalizarla e iniciar los primeros controles.

Ausencia de categorización de riesgo.

Durante el proceso de desarrollo hasta alcanzar la etapa de fertilidad, y durante el embarazo, parto y crianza del recién nacido, surgen elementos de vulnerabilidad desde la biología, el medio socio-económico-cultural y los hábitos de vida, que se inscriben como factores de riesgo. Poseer datos de estas variables y transformarlos en información oportuna permite estimar el riesgo. Riesgo que culminará con daños, si no hay medidas efectivas tomadas oportunamente. Si el proceso de carga de datos contempla la calificación de riesgo durante el progreso del embarazo y luego, del recién nacido, podemos definir bajo, mediano y alto riesgo, en forma dinámica. A partir del diagnóstico se puede brindar atención especializada y orientada por riesgo, desde necesidades sociales alimentarias, ambientales de salud, de la madre y luego del niño. La identificación de factores de riesgo posibilita la categorización de las mujeres que son elegibles para la atención prenatal de bajo riesgo o, si hay necesidad de encaminar hacia un servicio especializado. Existen condiciones de riesgo preconcepcionales, durante la concepción, el parto, en el puerperio inmediato para la madre, y durante el primer año del recién nacido.

Condiciones de riesgo preconcepcionales:

- Edad menor a 18, o mayor de 35
- Baja escolaridad
- Corto período intergenésico
- Cesárea previa
- Enfermedades previas (Diabetes, HTA, HIV, Enfer. Psiquiátrica, Otras)

Condiciones socio-ambientales y culturales:

- Falta de agua potable/electricidad/gas/cloacas
- Hogar inadecuado
- Bajos ingresos económicos
- Ausencia de pareja estable
- Convivencia múltiple

Condiciones del embarazo.

- Falta de controles
- Anemia
- Amenaza de parto prematuro
- Diabetes gestacional
- Embarazo múltiple
- HTA

Condiciones del parto:

- Placenta previa
- Edad gestacional
- Peso al nacer
- APGAR

Condiciones del recién nacido:

- Enfermedades congénitas
- Inadecuada ganancia de peso
- Síntomas y/o enfermedades
- Lactancia materna nula o insuficiente

Ejemplo: ante el factor de riesgo -embarazada menor edad- puede no existir una ninguna incidencia en un futuro daño; pero si es coexiste con bajo nivel de ingresos, baja escolaridad, conflictividad social, es ahí donde el factor se transforma en riesgo, que es aquella condición que potencialmente puede producir un daño.

Otro ejemplo:

Anemia del embarazo, es un factor de riesgo de alta significancia para el nacimiento prematuro y para distintos déficit del desarrollo^ en alguno de los controles de hematológicos durante un embarazo normal! detectamos anemia, rápidamente requiere tratamiento, cargado el diagnóstico al sistema, se categoriza el riesgo y en lugar de esperar el próximo turno asignado, se agrega un turno inmediato.

Tener categorización de riesgo una vez nominalizado el paciente permite optimizar el tipo y la complejidad del recurso salud, y poder evitar que este riesgo se transforme en daño.

Falta de una adecuada vigilancia del cumplimiento de los controles de embarazo que establece el programa materno-infantil

Se entiende como un déficit en la búsqueda activa y dirigida, de la necesidad no demandada, y del embarazo de alto riesgo. Éste es uno de los principales déficit que impide saber en tiempo real los incumplimientos y el grado de riesgo, según la etapa del embarazo o del recién nacido. Estas búsquedas domiciliarias se accionan por áreas programáticas según el CAPS al cual corresponde la paciente; se lleva a cabo por distintas vías, indirecta, telefónica; de no presentarse; puede requerirse en domicilio, mediante el equipo, trabajador social, referentes comunitarios o acción social. El seguimiento activo de situaciones de riesgo no es nuevo en salud, hay programas en infecto contagiosos donde se hace el seguimiento del cumplimiento de del tratamiento (programa de TBC). Esta metodología permite además, información calificada para estudios posteriores, mejorar la demanda y la oferta de servicios, y fundamentalmente, la gestión especializada del riesgo con más precisión.

Falta de guías de procedimientos.

El sistema cuenta con distintos profesionales, enfermeros y técnicos, que ingresan al sistema con conocimientos y experiencia en muchos casos disímiles, lo cual lleva a la variabilidad de la práctica. De igual manera al no contar con guías de procedimiento, se imposibilita evaluar e investigar la efectividad de los procesos. Para enfrentar este problema es imprescindible confeccionar y aplicar guías de procedimientos de obstetricia, neonatología como de pediatría en lo vinculado a los controles y seguimientos durante el primer año.

Falta de redes formales locales e interregionales para la determinar la atención.

Se trata de la falta de constitución de redes definidas, consensuadas y formalizadas (por escrito, con normas precisas de referencia y contrarreferencia), para la atención continua e integral de la mujer embarazada y del niño menor de un año, desde una sala de APS, al segundo nivel, y con los servicios especializados de riesgo. Asimismo existe falta de continuidad de la atención por fuera del sistema municipal para tratamientos sofisticados como la cirugía cardiovascular, la atención de prematuros extremos, etc.

Déficit en la promoción de la Salud y del Programa en la Población Objetivo.

La Organización Mundial de la Salud define promoción de salud como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Se trata de un proceso político y social no sólo dirigido a fortalecer las capacidades y habilidades, sino también a lograr un mayor control de los determinantes de salud y modificar las condiciones sociales, económicas y ambientales de los individuos en favor de la salud pública e individual.

Este es un proceso deficitario, tanto en la población escolarizada como en la no escolarizada, que invariablemente se debe reforzar, dado que un paciente informado es una ventaja estratégica para el equipo de salud.

Falta de gestión de la información e investigación.

El déficit en la información sanitaria puede sintetizarse en los siguientes puntos:

- Existen islas de información. Existen numerosos sistemas de recolección de datos, pero que operan verticalmente (pirámides o embudos que no se comunican horizontalmente ni en red) sin capacidad de análisis en los diferentes niveles del sistema, para generar y distribuir información relevante. Consecuentemente, a pesar de la abundancia de datos, la información para la toma de decisiones es escasa. Además, cada uno de estos sistemas de recolección de datos, posee un formato diferente, aunque recogen siempre los mismos datos:
- Datos filiatorios de los pacientes
- Datos de las transacciones con el sistema de salud
- Existen múltiples datos recogidos en soporte manual con dificultades técnicas para compartir información, por cuanto son de difícil acceso, lo cual genera situaciones de ineficacia e ineficiencia:
- Al momento de la toma de decisiones, al estar la información relevante distribuida en diversos sitios, por lo que se requiere de un gran esfuerzo para que dicha información esté disponible para los decisores de un modo oportuno.
- Al momento de la asistencia sanitaria, la información clave de la salud del paciente está distribuida en diversas bases de datos de difícil acceso para los profesionales que asisten en ese momento a dicho paciente.
- Multiplicación del registro del mismo dato, con pérdida de tiempo y mayor posibilidad de error.
- Repetida demanda de información a un mismo paciente, a una misma organización o a una misma jurisdicción.
- Falta información oportuna y de calidad, sobre eventos que tienen carácter de emergencia, alerta o alarma para la Salud Pública.

- Falta de estructuras con recursos humanos y técnicos definidos para realizar el análisis y utilización de la información a nivel provincial y municipal.

II - Déficit en la Infraestructura

Falta de un sistema informático “Inteligente” para el procesamiento de datos.

Actualmente la información transcurre manuscrita en fichas que permanecen en los Centros de Atención Primaria; luego, de igual manera en los libros de guardia e historias clínicas de hospitales. Rescatar estos datos y transformarlos en información, y a costo que sea limitada, incompleta y atrasada, necesariamente requiere de un proceso de búsqueda imposible de mantenerlo en forma sistematizada. Las nuevas tecnologías nos brindan una oportunidad estratégica para llevar adelante el procesamiento de datos.

4. Objetivos

4.1 Objetivo General

Mejorar la calidad de atención de la mujer embarazada y del recién nacido (RN) hasta el año de vida, que se atienden en el sistema Público de Salud del Municipio de Merlo.

4.2 Objetivos específicos

4.2.a. Mejorar el proceso de atención de la mujer embarazada y del niño menor de un año, implantando un proceso integrado e integral de seguimiento.

4.2.b. Implementar un sistema informático que facilite el desarrollo del nuevo proceso.

4.2.a. Mejorar el proceso de atención de la mujer embarazada y del niño menor de un año, implantando un proceso integrado e integral de seguimiento.

Desarrollo:

- Lograr captación temprana de la embarazada, y posteriormente del recién nacido, nominalización, categorización por riesgo, vigilancia y búsqueda de necesidades no demandadas.

Indicadores:

Criterios de inclusión: mujer con test positivo de embarazo, y de exclusión al programa: madre y niño al cumplir el año de vida.

- % de mujeres embarazadas y niños durante el primer año de vida, categorizados por riesgo.
- % de mujeres embarazadas y niños durante el primer año de vida, categorizados con algún riesgo, en los cuales se han realizado acciones de búsqueda de necesidades no demandadas.

II. Confección de guías de procedimientos del programa, obstétricos y del niño durante el primer año.

Indicadores:

- Publicación de las guías de procedimientos.
- Utilización de las guías en las capacitaciones específicas.
- Reuniones en un período para actualización y/o modificaciones de guías.

III. Definir e implementar las redes de atención local entre los distintos niveles.

Indicadores:

- Publicación y comunicación del organigrama funcional de la red.
- % de referencias y contrarreferencias intra red, realizadas según protocolo

IV. Promoción de la atención de salud materno- infantil.

Sub-objetivos:

- Promocionar el programa, y todos los conocimientos relacionados al cuidado del embarazo y del niño.
- Contar con actividades educativas a colegios y mujeres en edad fértil.
Indicador: actividades impartidas
- Contar con material escrito folletos.
Indicador cantidad de folletos confeccionados.
- Contar con material audiovisual para la población.
Indicador hs audiovisuales difundidas.
- Cursos de parto, lactancia materna, cuidados del recién nacido.

Indicadores:

- % de la población objetivo que recibió los cursos, las charlas y los folletos.

V. Generar procesos de gestión de la información e investigación en salud materno-infantil.

Indicadores:

- Nacimientos diarios
- Promedio de peso
- Edad gestacional
- Casos de muertes materna e infantil
- Embarazo en menores
- Consultas en emergencia menores de un año.
- Índice de cumplimiento de lactancia materna
- Cesáreas.
- Infecciones del embarazo, parto y puerperio

4.2b Implementar un sistema informático que facilite el desarrollo del nuevo proceso.

Un sistema de salud eficiente debe tener la posibilidad de integrar todos los datos y centrarlos en el paciente, para decidir acciones inmediatas; un sistema de salud eficiente deja de lado los registros escritos, a fin de reducir los errores médicos y mejorar la eficiencia, y aplica avanzados análisis de grandes cantidades de datos, para mejorar los resultados.

Indicador:

- Puesta en funcionamiento de un sistema operativo específico, con mantenimiento y mejoras.
- El programa aborda dos objetivos mayores que involucran las causales más significativas del problema y que dependen de la gestión de la Secretaría, ya que el resto se aborda desde otras áreas. No obstante la Secretaria es actor consultor de las restantes causas relacionadas con el problema que aborda el proyecto.

5. Análisis de situación y diagnóstico estratégico: FODA.

Fortalezas:

- La Secretaría Municipal de Salud Pública, es el único ente decisor de la gestión en el área.
- Toda la infraestructura, como los RRHH están bajo la órbita del Sistema Municipal.
- El Programa conserva el espíritu de la misión general de la Secretaria de Salud.

Debilidades:

- Presupuesto finito para necesidades y demandas infinitas.
- RRHH poco capacitados, desmotivados.

Oportunidades:

- Es éste un área de interés de suma significancia, es tema de agenda de los tres sistemas de Salud
- Los indicadores de Salud materno infantiles son significativos en la evaluación de la gestión Municipal.
- El acceso a la asignación familiar desde el embarazo, facilita la captación temprana de la embarazada.
- La existencia del Plan Nacer brinda al Sistema de Salud el recupero económico de las prestaciones.
- Existencia de créditos para la financiación de obras para Salud, a través del BID.
- Amplio desarrollo de la informática y sistemas inteligentes para utilización en Salud.

Amenazas:

- Aumento de la afluencia de embarazadas desde distritos vecinos por falta de capacidad de éstos para absorber la demanda local.
- Una de las tres maternidades es provincial, motivo por el cual las acciones se deben llevar adelante por consenso con sus autoridades, ya que administrativamente tienen otra dependencia que es el Gobierno Provincial.

6. Actividades y cronograma

I - Objetivo Específico Mayor: Mejorar el proceso de atención de la mujer embarazada y el niño menor de un año, implantando un proceso integrado e integral.				
Objetivo y Actividades		Responsables	Metas	Descripción de actividades
Objetivo Específico N°1: Lograr captación temprana de la embarazada, y posteriormente del recién nacido, nominalización, calificación de riesgo, vigilancia y búsqueda de necesidades no demandadas	Objetivo Específico N°1a: (Subproceso); Nominalizar temprana de la totalidad de las embarazadas y recién nacido que se atienden en el Sistema Público.	Secretaría de Salud Director del Proyecto Administrativo del Proyecto. Director del Plan Nacer Directores de APS Directores de Maternidades.	Iniciar y mantener el ingreso diario a programa de todas las embarazadas.	Test de embarazo positivo Confección de ficha y certificado Inscripción a la asignación universal por embarazo Incorporación nominalizada al proyecto
	Objetivo Específico N°1 b: (Subproceso) Categorizar por riesgo las embarazadas captadas y el niño durante el primer año de vida.	Director del Proyecto Administrativo del Proyecto.	Categorización de riesgo permanente de las embarazadas y las que permanecen bajo programa, con el Sistema informático	Incorporar al sistema todos los datos determinados al ingreso según tiempo de gesta. Categorizar el embarazo, en normal, bajo riesgo o alto riesgo.
	Objetivo Específico N°1 c: (Subproceso); Incorporar la vigilancia y búsqueda activa de necesidades no demandadas.	Director del Proyecto Administrativo del Proyecto.	Vigilancia diaria y búsqueda de las necesidades no demandadas.	Evaluar cumplimiento de las atenciones y dar aviso de aquellas no cumplidas, y búsqueda desde el Sistema de Salud de las necesidades y riesgo no demandado.

Objetivo Específico N°2: Confección de la guías de procedimientos: (del proyecto, obstétricas, embarazo parto y puerperio, neonatología y pediátricas.	Representantes de la Secretaría de Salud. Directores de Hospitales. Directores de APS Jefes de Servicios Director del Proyecto	Publicación de las guías Utilización de las guías en las capacitaciones. Reuniones de modificaciones	Reunión acuerdo y firma de compromiso de gestión. Formación de los equipos técnicos. Confección de las Guías. Publicación de las guías. Responsable por área de revisión permanente.
Objetivo Específico N°3: Definir e implementar las redes de atención local	Representantes de la Secretaría de Salud. Directores de	Publicación y comunicación del organigrama	Reunión acuerdo y firma de compromiso de gestión. Formación de los equipos

entre los distintos niveles.	Hospitales. Directores de APS Jefes de Servicios Director del Proyecto	funcional de la red.	técnicos. Publicación y comunicación del Organigrama funcional. Ejercicios de pruebas Evaluación de funcionamiento
Objetivo Especifico N°4: Promoción de la atención de salud materno-infantil.	Representantes de la Secretaria de Salud. Directores de Hospitales. Directores de APS Jefes de Servicios Director del Proyecto	Obtención de contenidos y formatos de comunicación. Producción de los mismos Inicio de la promoción de la SMI	Reunión acuerdo y firma de compromiso de gestión. Formación de los equipos técnicos. Definición de contenidos, y formas de comunicación. Producción de los formatos de comunicación, escritos, audio visuales, etc. Inicio de la promoción Evaluación de resultados.
Objetivo Especifico N°5: Generar los procesos de investigación de la información, estadística, actualización de los indicadores de monitoreo de la población.	Representantes de la Secretaria de Salud. Directores de Hospitales. Directores de APS Jefes de Servicios Director del Proyecto	Información recolectada Resultados estadísticos Nuevos aportes en base a la investigación de datos	Reunión acuerdo y firma de compromiso de gestión. Formación de los equipos técnicos. Definición de formatos para la sistematización de datos. Investigaciones estadísticas y epidemiológicas a iniciar. Evaluación de resultados.

II - Objetivo Específico Mayor: Implementar un sistema informático que facilite el desarrollo del nuevo proceso.

Objetivo y Actividades	Responsables	Meta	Descripción
II - Objetivo Específico Mayor: Implementar un sistema informático que facilite el desarrollo del nuevo proceso.	Secretaria de Salud Director del Proyecto Administrativos del Proyecto. Director del Dto. de Informática	Tener al inicio del Proyecto con un Sistema Informático.	Definir el tipo de Sistema necesario. Crear en base a matrices informáticas del mercado adecuado a nuestras necesidades Realizar pruebas del Sistema Ponerlo en funcionamiento Evaluación y mejora continúa.

7. Dirección del Proyecto y mecanismos de evaluación

El proyecto está dirigido desde la Secretaría de Salud, la cual tiene como área de planificación y rediseño, el comité de Salud Materno Infantil, y el Director del Programa MI, con la oficina de Coordinación general del programa.

La segunda línea de gestión está a cargo del director de APS y los directores regionales y los directores de maternidades.

La tercera línea de gestión está dada por los jefes de Servicios de Obstetricia, Neonatología, Pediatría, jefes de consultorios obstétricos y pediátricos, y responsables del alto riesgo, y responsables de consultorios especiales.

Evaluación

Indicadores:

- % de mujeres embarazadas y niños durante el primer año de vida, categorizados por riesgo.
- % de mujeres embarazadas y niños durante el primer año de vida, categorizados con algún riesgo, en los cuales se han realizado acciones de búsqueda de necesidades no demandadas.
- Publicación de las guías de procedimientos.
- Utilización de las guías en las capacitaciones específicas.
- Reuniones en un período para actualización y/o modificaciones de guías.
- Publicación y comunicación del organigrama funcional de la red.
- % de referencias y contrarreferencias intra red, realizadas según protocolo
- % de la población objetivo que recibió los cursos, las charlas y los folletos.
- Tablero control
- Nacimientos diarios
- Promedio de peso
- Edad gestacional
- Casos de muertes materna e infantil
- Embarazo en menores
- Consultas en emergencia menores de un año.
- Índice de cumplimiento de lactancia materna
- Cesáreas.
- Infecciones del embarazo, parto y puerperio
-

8. Conclusiones

Poder iniciar un programa de estas características en el Municipio, es de una relevancia central en la Gestión de Salud Municipal. Fundamentalmente porque la atención de la mujer embarazada es la reivindicación de un derecho, en el que la población beneficiada por el proyecto es nada menos y nada más, que la raíz que definirá una futura sociedad desarrollada.

Motivo por el cual este programa tiene impacto social, político, legal, ético y no menos importante la verdadera innovación incorporada en los procesos y en el diseño del mismo.

Finalmente, permitirá tener acceso a información en tiempo real, y a confeccionar indicadores que, con la metodología actual, es difícil de lograr con precisión y fundamentalmente investigar y generar conocimiento en el área para optimizar aún más las acciones del propio programa.

Se trata de un Modelo de atención que genera cambios profundos en las personas involucradas, lo que cobra mayor relevancia cuando se define como una política pública a ser aplicada, por lo que debe cumplimentar una serie de normativas que reflejan su filosofía y llevan a un cambio en la respuesta a esta necesidad.

Cuadro comparativo del Sistema actual y a futuro, con la implementación del Programa		
	Actual	Futura
Oferta de servicio	De acuerdo a la demanda	De acuerdo a las necesidades
Captación	Depende de la voluntad de la paciente	Se busca activamente las necesidades no demandadas.
Riesgo	Se encuentra tardíamente o el daño	Se encuentra temprano y permite asistir el factor o el riesgo antes que daño
	Seguimiento aleatorio del riesgo	Seguimiento integral del riesgo
	Condiciones, factores o riesgo oculto	Condiciones, factores o riesgo, bajo información y alerta de programa
Registro	Parcial y en papel	Total y por medio informático
Gestión	Ausencia de gestión de Gestión informatizada	Informatización de los datos
Investigación	Difícil por falta de datos	Posible; recolección completa y clasificada de datos
Red de atención	Informalmente	Existencia formal y bajo procesos de gestión

Guías de Proced.	Ausencia de las mismas	Se inicia el PMI con esta herramienta
------------------	------------------------	---------------------------------------

El **cuadro N°4:** Es comparativo del funcionamiento actual y a futuro una vez implementado el programa.

Estas características lo hacen un programa innovador porque incorpora los últimos avances utilizados en el 'mundo de la Gestión y la Planificación en la Salud. Particularmente utiliza herramientas comprobadas en la gestión de procesos en el mundo; se apoya en la ineludible herramienta de la informatización, sin abandonar los principios sociales, legales y humanos a que debe acceder definitivamente la salud materna infantil: **acceso universal, equitativo y de calidad.**

9. Bibliografía

1-Organización Panamericana de la Salud. Lineamientos y directrices de enfermería para la mejoría de la calidad de la atención prenatal en embarazos de bajo riesgo en América Latina y el Caribe. Washington, DC OPS, © 2004. ISBN 92 7 532557 X

2-Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad Materna

Mortalidad Materna y Neonatal en ALC y estrategias de reducción. Síntesis de situación y enfoque estratégico. Síntesis basada en los documentos de referencia y en presentaciones realizadas por la Directora de OPS y por el Centro CLAP/OPS/2009.

3- Junta de Andalucía. Conserjería de Salud. Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado. 2ª ed.. - Sevilla, año [2005]

4- Santiago Gerardo Spadafora, Salud y Sistemas de Salud; Febrero 2009.

5- Jaime C Sapag; Ichiro Kawachi Capital social y promoción de la salud en América Latina; Pública 2007;41(1):139-49

6, 7- Santiago Gerardo Spadafora, Ricardo Armando Otero; La Calidad en el Sector Salud; Marzo de 2011.

8, 9 - Gruskin y otros, "Using human rights to improve maternal and neonatal health: history, connections and proposed practical approach", *Boletín de la OMS* 86:589-593.

10-Mosley, H. y L. Chen (1984), "An Analytical Framework for the Study of Child Survival in Developing Countries", *Population and Development Review*, suplemento, vol. 10, pp. 25-45.

11-McCarthy, J. y D. Maine (1992), "A Framework for Analyzing the Determinants of Maternal Mortality", *Studies in Family Planning* vol. 23, núm. 1, pp. 23-33

12-Sai, F. y J. Nassim (1989), "The Need for a Reproductive Health Approach", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, suplemento, núm. 3, pp. 103-113.

13-Leslie, J. (1992), "Women's Lives and Women's Health: Using Social Science Research to Promote Better Health for Women", The Population Council/International Center for Research on Women (mimeografiado).

14-Dixon-Mueller, R. (1993), "The Sexuality Connection in Reproductive Health", *Studies in Family Planning*, vol. 24, núm. 5, pp. 269-281.

15-: Dr. SANTIAGO SPADAFORA; Guías de Elaboración del Trabajo Final de Integración. Perfil Proyecto de Intervención. Agosto 2011.