



Ministerio de Bienestar Social de la Nación
Secretaría de Salud Pública

BASES PARA UN PLAN NACIONAL
DE SALUD MATERNO INFANTIL

Buenos Aires, Diciembre 1973.-



Ministerio de Bienestar Social de la Nación
Area de Salud Publica

COMISION DESIGNADA POR EL SR. SECRETARIO DE ESTADO
DE SALUD PUBLICA DR. DOMINGO LIOTTA

Presidente: Dr. CARLOS A. GIANANTONIO

Integrantes:

Dres. SUSANA E. BADINO
EMIGDIO BALBUENA VALDEZ
NORBERTO BARANCHUK
NELIDA P. DE BUSSO
ROSA M. DE CAMPS
ALBERTO DAL BO
JORGE A. MERA
ELSA M. MORENO
JUAN C. O'DONNELL
RICARDO R. RIMOLI

BASES PARA UN PLAN NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL

Indice

	Pág.
Introducción	1
Información Básica	3
Bases conceptuales del Plan	6
Objetivos del Plan	7
Escalaes de Acción	8
Atención Médica	
- Atención Pediátrica	10
- Atención Obstétrica	11
Organización de Servicios	14
Desarrollo de Recursos Humanos	
- Capacitación de Personal	16
- Distribución racional del recurso humano	17
- Investigación	18
Acción Comunitaria	
- Participación de la comunidad	19
- Educación de la comunidad	20
Acciones concurrentes	22
Evaluación y Supervisión	23
Organización de los niveles ejecutivos	
- Estructuras y funciones del Nivel Nacional	25
- Estructura del Nivel Provincial	28
Anexo	
- Población Total y menores de 15 años calculada al 30/6/70	32
- Población femenina de 15 a 49 años calculada al 30/6/70 según grupos de edad y jurisdicciones	33
- Mortalidad infantil, neonatal y postnatal, cifras absolutas y tasas por mil nacidos vivos. República Argentina 1970	34
- Muertes infantiles y Tasas de Mortalidad Infantil, neonatal y postneonatal clasificadas por causas seleccionadas. Total del país. 1970	35
- Tendencias de índices de mortalidad infantil en algunos países seleccionados. Años 1954-1968	36
- Tasas de mortalidad infantil. Ciudad de Buenos Aires. Años 1948-1971	37

Indice (cont.)

	Pág.
- Captación, Metas trimestrales acumulativas por grupo de edad. 1º año	38
- Estimación del número de consultas pediátricas y obstétricas anuales	39
- Estimación de la dación de leche entera en polvo a la población beneficiaria	40



1. INTRODUCCION

Los lineamientos generales de un plan tendiente a disminuir la mortalidad infantil deben tomar en cuenta que tal mortalidad es tan solo la expresión última y fácilmente documentable de una salud inadecuada de la población infantil. Un número varias veces mayor de niños sufren injurias no letales, que se expresan luego por una menor duración y calidad de su existencia.

Estos seres, cuando adultos, serán menos felices, menos aptos para incorporarse exitosamente a una sociedad en expansión, y tenderán a reproducir y perpetuar en sus hijos muchas de sus propias incapacidades. Es cierto por otra parte que el destino del individuo se decide fundamentalmente en sus primeros veintiún meses de vida, es decir en los nueve meses de su gestación y el primer año de vida extrauterina.

Biológica y socialmente el niño pequeño es totalmente dependiente de su madre, su vida se desenvuelve en el estrecho nicho ecológico de la familia; por ello su supervivencia o su muerte dependen de todas las variables capaces de influir positiva o negativamente sobre la familia.

Sin lugar a dudas son los factores sociales; económicos y culturales los que más gravitan sobre las tasas de mortalidad infantil. Para tener una eficacia permanente y decisiva un programa médico tendiente a reducirla tiene que coincidir con importantes progresos en las otras áreas y ser la resultante de un compromiso compartido entre el gobierno y la comunidad.

Las particulares circunstancias del proceso de desarrollo de nuestro país en la actualidad, con todas sus contradicciones, se reflejan en los lineamientos del plan propuesto.

Existen en nuestro país grupos humanos cuyos problemas de salud son de tal gravedad que es imperioso resolverlos con premura, a través de medidas de salud pública que permitan detener su deterioro. En esencia estas medidas se reducen a otorgar facilidades de atención médica a esos grupos vulnerables, lo que a su vez implica remozar las estructuras hospitalarias, adecuar el personal de salud en calidad y número y proveer recursos adecuados en equipo, alimentos y medicamentos.

Un grupo humano mucho mayor está expuesto a los riesgos derivados del proceso de industrialización y transculturación. Este riesgo engendra nuevas causas de muerte en la infancia y produce una elevada tasa de morbilidad relacionada con sus desajustes individuales familiares y sociales. Una vez suprimidos los bolsones de miseria de nuestro país, quedará el desafío de este grupo, cuyos problemas de salud son de una enorme complejidad y escapan en cierto modo a la penosa realidad latinoamericana, signada por la desnutrición infantil.

Un plan de salud materno-infantil debe estar centrado en el grupo familiar y facilitar el desarrollo de lazos firmes y sanos entre el niño y la madre. El fortalecimiento de esta unión incluye aspectos como cuidar la salud de la mujer en la etapa preconcepcional y durante la gestación, promover la lactancia natural, facilitar mediante legislación adecuada el contacto



Ministerio de Bienestar Social de la Nación
Área de Salud Pública

del niño con la madre que trabaja, vehiculizar recursos necesarios para la salud del menor a través del grupo familiar, realizar una intensa labor de educación para la salud, comprometiendo a la comunidad en la tarea, etc.

Finalmente, las expectativas creadas por el anuncio de planes de salud deben ser satisfechas en forma adecuada y continua. Un país como el nuestro, con problemas peculiares y en franco proceso de transformación requiere soluciones originales y permanentemente actualizadas y no operativos de emergencia.



2. INFORMACION BASICA

La información que a continuación se describe y analiza constituye una síntesis de los aspectos más relevantes que hacen el diagnóstico de la salud materno infantil del país y determinan la urgente necesidad de desarrollar un Plan Nacional de Atención Integral del grupo familiar.

En la República Argentina hay 7.164.933 niños menores de 15 años y 6.027.687 mujeres en edad fértil (15-49 años). Ambos grupos representan el 55% de la población total del país cifra que destaca la magnitud de la población comprendida en el área materno-infantil (tablas N° 1 y 2).

El 25% de la población argentina vive en áreas rurales, de ésta sola el 5% cuenta con conexión domiciliaria de agua potable y, los servicios de disposición de excretas cubren una proporción aún menor. En las áreas urbanas sólo las dos terceras partes tienen agua potable y, una tercera parte, desagües cloacales. En una investigación reciente se analizaron datos referidos al grado de hacinamiento en algunas regiones y áreas urbanas y, puede afirmarse, que existen problemas en las condiciones de vivienda del país dado los altos porcentajes de "agregados" familiares con más de dos personas por cuarto.

Alrededor del 60% de la población se concentra en los niveles ocupacionales más bajos, 1 y 2 de la clasificación de Gino Germani (*), el nivel intermedio 3 oscila entre un 22 y 25% de la distribución.

La participación de los grupos de 10 a 14 años en la actividad económica es elevada, registrándose la cifra más alta en la Región de Cuyo con 24%. La participación de la mujer en actividades ligadas a economía urbana y agrícola también es alta, oscilando los valores entre 27 y 35%.

Se observa además un significativo nivel general de desocupación, medido a través del porcentaje de población ocupada menos de la mitad del año. Esto refleja el grado de deterioro económico de las áreas relativamente industrializadas, por ejemplo en las ciudades de Córdoba, Tucumán, Mendoza y Región Cuyo presentan en orden creciente los valores más impactantes de desocupación (7,6% a 13,1%).

En lo que se refiere a nivel educacional si bien el porcentaje de analfabetos de mayores de 14 años es de alrededor del 8% para el total del país, se observan valores extremos de más del 20% en algunas provincias (Jujuy, Santiago del Estero, Corrientes y Chaco) La tasa de escolarización oscila entre 95% en la Capital Federal y Buenos Aires a 65% en Chaco. Aún en áreas urbanas alrededor del 30% de las mujeres en edad fértil carecen de instrucción o han recibido solamente educación primaria incompleta.

(*) Germani, Gino: Bases para la investigación comparativa de la estratificación social y movilidad en cuatro capitales Latinoamericanas. Instituto de Sociología, Universidad de Buenos Aires, Publicación Interna N° 2.



Ministerio de Bienestar Social de la Nación
Área de Salud Pública

Ocurren en el país anualmente 505.714 nacimientos siendo las tasas de natalidad más elevadas las de las provincias de Chaco, Jujuy y Neuquén (alrededor de 37%). Los valores más bajos corresponden a Buenos Aires y Capital Federal (alrededor del 17%).

Las tasas de mortalidad infantil en la República Argentina, que reflejan el riesgo de morir del niño menor de un año, presentan valores elevados (63,1% para 1970) que se mantienen estacionarios durante los últimos 15 años. (Gráfico N° 1).

En 1970 fallecieron 31.902 niños menores de 1 año de los cuales el 42% era menor de 1 mes (Tabla N° 3). Dicha cifra de 31.902 niños representa más del 15% del total de muertes ocurridas en el país durante ese año.

En la Ciudad de Buenos Aires, considerando el período 1948 a 1970 se observa una tendencia en descenso de la mortalidad infantil de 1948 hasta 1955, año a partir del cual se verifica un franco ascenso hasta 1970, en que las tasas superan ampliamente los valores de 1948, especialmente la de mortalidad neonatal (Gráfico N° 2).

Según puede observarse en la Tabla N° 4 las principales causas de muertes en el niño menor de 1 año corresponden a bronquitis y neumonía, enfermedad diarreica y afecciones del recién nacido, causas evitables en su mayoría más de 20.000 muertes infantiles anuales son prevenibles con tecnología elemental. Una alta proporción de muertes infantiles no ha tenido atención médica durante la enfermedad que produjo la muerte, dicha cifra es de alrededor del 20% y los valores más elevados se registran en Jujuy. (más de 35%).

Los egresos hospitalarios de menores de un año, 150.000, constituyen más del 13% del total de egresos del sector oficial. Sus causas coinciden con las enfermedades que causan la muerte en ese grupo.

Más de 5.500 niños de 1 a 4 años de edad mueren anualmente en el país de los cuales por lo menos uno de cada cuatro no recibió atención médica. La tasa de mortalidad para este grupo es de 2,8% para el total del país siendo los valores extremos 1,4% en Provincia de Buenos Aires y 10,6% en Jujuy. Más de la mitad de las defunciones del grupo (53%) corresponden a patología infecciosa, asociándose en una elevada proporción la deficiencia nutricional. En las provincias de Chaco y San Juan, la "Investigación Interamericana de Mortalidad en la Niñez" (Oficina Sanitaria Panamericana) demostró que en el 57% y 36,9% respectivamente, de las defunciones de menores de 5 años, aparecía la desnutrición como causa asociada.

Esta estructura de muertes del grupo de 1 a 4 años revela la influencia desfavorable del medio socioeconómico así como la ineficacia del sistema de atención médica que no llega por lo menos al 25% de los que fallecen y además es incapaz de evitar muertes prevenibles y curables.

En 1970 ocurrieron 741 defunciones de mujeres por causas vinculadas al embarazo, parto y puerperio, la tasa de mortalidad en ese año fue de 1,5% y sus valores extremos 1% en Capital Federal y 4% en Chaco, lo que revela que en esta última provincia el riesgo de morir de la mujer por dicha causa es cuatro veces superior que en el área más desarrollada del país. Si bien el número de muertes maternas es aparentemente menos relevante que otras causas, la trascendencia familiar y social que tiene esta mortalidad justifica la gravedad de estas cifras.



Las principales causas de muertes maternas, hemorragias e infecciones, revelan una deficiente atención del embarazo y del parto, hecho que se confirma mediante la cifra de defunciones fetales tardías (entre 7° a 9° mes de gestación) que alcanza valores superiores a las 10.000 defunciones. Además, y a pesar de que en ciertas áreas la proporción de partos atendidos en instituciones es elevada (Capital Federal: 97,7%) en provincias como Formosa sólo alcanza el 26%. Solamente el 32% de los partos que ocurren en la Capital Federal son atendidos por médicos y en Formosa el 57% son asistidos por comadres.

El número de médicos supera en el país la cifra de 40.000 que se distribuyen en forma heterogénea, Mientras en las provincias de Santiago del Estero, Corrientes, Misiones y Chaco hay alrededor de 5 médicos por cada 10.000 habitantes, la relación es elevada en Córdoba, Santa Fe, Buenos Aires y Capital Federal, con valores entre 15 y 23 médicos por 10.000 habitantes.

A pesar de la alta tasa de médicos que se observa en promedio para el país, existen ciertas especialidades con marcada deficiencia; del total de cargos médicos existentes el 9% están destinados a pediatras y, alrededor del 10% a tocoginecólogos.

El personal de enfermería es escaso, se dispone de 40.000 cargos en todos los sectores. Menos del 1% del personal que los ocupa tiene título Universitario, 35% son diplomadas, 20% auxiliares y el resto sin capacitación previa.

La existencia de camas totales del país es de 135.000 (6 camas cada 1000 habitantes) en todos los sectores, entre el 70 al 75% de ellas son del sector público, 23% del privado, menos del 5% de obras sociales y mutuales.

Las camas pediátricas se concentran en el sector oficial que dispone del 85% del total (12.000 camas). Algo similar ocurre con las camas destinadas a tocoginecología, el 75% son de dependencia oficial.

Existen varios factores que condicionan un bajo rendimiento a nivel del sector oficial. Disponiendo de una alta proporción de la capacidad del país, produce solo el 50% de los egresos.

Se internan en el sector oficial la más alta proporción de pacientes con patología compleja, crónicos, (tuberculosis y mentales) y de bajo nivel socioeconómico, lo que motiva prolongadas estadías. En ciertas áreas rurales o semi rurales el Estado es el único que dispone de capacidad instalada.

Todos los factores señalados determinan el alto riesgo al que está expuesta la población materno infantil, condicionado por los factores socioeconómicos, culturales, la inadecuada oferta de atención médica -dada por la desorganización del sistema- y por la insuficiencia de recursos para la atención de ese grupo.

Las fuentes de los datos citados son: publicaciones del Departamento de Estadísticas de Salud de la Secretaría de Estado de Salud Pública y del Estudios sobre Salud y Educación Médica



Ministerio de Bienestar Social de la Nación
Dirección de Salud Pública

3. BASES CONCEPTUALES DEL PLAN

Las bases conceptuales sobre las que se sustenta el Plan que se desarrolla a continuación, son las siguientes:

- Las acciones del Plan están dirigidas a la familia, satisfaciendo las necesidades prioritarias de salud del grupo en acelerado crecimiento y desarrollo, madres gestantes y niños.
- El Plan busca beneficiar a todas las familias del país más expuestas a riesgos, para lo cual deben procurarse las condiciones y utilizar los mecanismos más aptos para lograr la accesibilidad a servicios de atención médica a todas las familias.
- Las acciones de salud deben cubrir con sus recursos a la población de zonas urbanas desarrolladas tanto como a las rurales y a las comunidades aisladas o de acceso difícil.
- Es necesario enfatizar el desarrollo y extensión de la atención primaria (o básica) lo más cerca posible del grupo familiar, para asegurar la personalización y continuidad del cuidado de la madre y el niño, y lograr una coordinación efectiva de este escalón de atención con servicios médicos que ofrezcan mayor complejidad.
- Se insiste en la debida prioridad que debe darse al desarrollo de un equipo de salud específicamente capacitado para reconocer y resolver los problemas de salud y necesidades de la comunidad.
- Para lograr los propósitos enunciados se promoverá la participación activa de la comunidad a través de actividades concretas dentro del Plan.
- Con miras al desarrollo de las acciones propuestas es necesario contar con un incremento substancial de los recursos financieros actualmente disponibles, para la atención materno infantil y garantizar la continuidad de dichos fondos para el mantenimiento del Plan.
- En la ejecución del Plan se prevé acciones inmediatas a desarrollar en el primer año de vigencia y mediatas en los dos años subsiguientes, aunque se sostiene que el Plan debe tener un carácter permanente para lograr los fines buscados.
- El Plan enfatiza la responsabilidad esencial de las Provincias en el cuidado de la salud de sus habitantes y prevé para el nivel nacional las funciones de coordinación y normatización general.



4. OBJETIVOS DEL PLAN

General:

Reducción de los riesgos de enfermar y morir de la población materno infantil del país, con especial preocupación por la disminución de la magnitud de muertes en niños menores de un año.

Específicos:

Procurar la cobertura total de atención médica de las familias más expuestas a riesgos. Seleccionarlas para su incorporación de acuerdo con criterios de vulnerabilidad, ubicación geográfica y ausencia de cobertura efectiva de atención médica. Se estima cubrir en los primeros tres años del Plan alrededor de 4.700.000 madres y niños del país.

Capacitar a los integrantes del equipo de salud en el desarrollo de las tareas específicas del Plan. La capacitación se realizará en todos los escalones de atención, dando prioridad al personal que trabaja a nivel sanitario en centros periféricos y hospitales bases.

Asegurar la pertenencia del Plan de salud a la comunidad, promoviendo su participación en acciones sanitarias.



5. ESCALONES DE ACCION

Se organizará en varios escalones perfectamente coordinados, que, partiendo de la acción más simple pueda alcanzar en caso necesario los diversos grados de complejidad que el grupo materno infantil requiera para su cuidado.

Escalón 1: Es el nivel que asegura la participación activa de la comunidad. Consiste en un equipo sanitario que trabaja directamente en terreno.

Este equipo sanitario estará integrado por un responsable -personal rentado por el programa- y por colaboradores voluntarios. La selección del responsable -agente sanitario-, estará a cargo del Escalón 2 y se tendrán en cuenta condiciones, actitud y motivación para la tarea, siendo fundamental que se trate de personas integrantes de la misma comunidad y reconocidas como tales.

Escalón 2: Establecimientos del tipo de Centros de Salud, Unidades Sanitarias, Dispensarios, y consultorios externos de establecimientos con internación. Desarrollan una atención médica básica integral a nivel ambulatorio y en su área de influencia. Deberán coordinar sus actividades con el establecimiento correspondiente del Escalón 3 del cual dependerán y a donde, por ejemplo, derivarán la internación. A este nivel le corresponderá la supervisión de los equipos sanitarios de la comunidad y la programación de acción en su área.

Corresponde a consultorios externos de establecimientos con internación y a servicios de nivel I y II de la "Guía para clasificación de los Servicios de Atención Médica". (Publicación del Departamento de Organización de Establecimientos de Atención Médica y Areas Programáticas. S.E.S.P., 1969).

Escalón 3: Establecimientos de mediana complejidad con internación que comprende desde establecimientos indiferenciados para adultos y niños (en zonas de escasa población) hasta establecimientos de zonas urbanas que brindan las cuatro clínicas básicas (Pediatria, Tocoginecología, Cirugía y Clínica) especialidades críticas.

Estos establecimientos complementan atención y servicios de diagnósticos y tratamiento al escalón anterior; a su vez, derivan a los subsiguientes para la atención de patología que de acuerdo a las normas exceda sus posibilidades.

Estos establecimientos también realizan atención primaria y elaboración de programas para su área de influencia.

Corresponden a niveles de complejidad III, IV y VI.

Escalón 4: Establecimientos de alta complejidad ubicados en centros urbanos importantes y que actúan como centros de derivación especializada, para los restantes escalones.

Igual que los anteriores, realizan atención primaria y programación en su área.



Ministerio de Bienestar Social de la Nación
Secretaría de Salud Pública

Corresponde a hospitales generales de complejidad VIII y IX y hospitales especializados en el área materno infantil.

Escalón 5: Establecimientos de máxima complejidad en la especialidad obstétrica y pediátrica, de acuerdo con adelantos científicos y tecnológicos. Cuentan con recursos altamente calificados tanto en personal como equipamiento, para tareas de asistenciales, de docencia e investigación. Son establecimientos de referencia a nivel nacional, que también tienen un área de atención primaria.

Por delegación del nivel central nacional, estos establecimientos podrán tener funciones normativas en el área de atención médica, docencia e investigación.



6. ATENCIÓN MEDICA

6.1. Atención Pediátrica

Objetivos

- Asegurar el acceso al programa del 60% de la población de niños menores de 5 años.
- Atender en consulta externa y visita domiciliaria en forma sistemática y normatizada para su control, a ese grupo infantil.
- Promover la lactancia materna como medida trascendente para disminuir la morbimortalidad infantil.
- Como medida de emergencia y transitoria contribuir a disminuir la deficiencia nutricional de la familia mediante la dación de leche entera en polvo al menor de cinco años que lo necesite.
- Brindar educación alimentaria a todo el grupo familiar.
- Atender al 100% de la demanda espontánea por patología de la población de menores de 15 años, en consulta externa o internación.
- Brindar atención inmediata al 100% de los recién nacidos cuyo nacimiento ocurre en establecimientos donde opera el Plan.
- Vacunar al 100% de la población de menores de 15 años.

Actividades

-Captación

Para incorporar al programa se detectarán los grupos más vulnerables según los siguientes criterios: nivel de ingreso, categoría ocupacional, nivel de educación materna, características de la vivienda, tamaño y composición de la familia, estabilidad del núcleo familiar, edad de la mujer, enfermedades crónicas, muertes infantiles anteriores.

La captación se hará por: demanda espontánea, derivación del recién nacido cuyo nacimiento se produzca en los servicios obstétricos, detección de los grupos vulnerables a nivel comunitario.

-Control de salud.

Se efectuará mediante atención ambulatoria aplicando las normas de Atención Pediátrica de la Secretaría de Estado de Salud Pública. La frecuencia se ajustará a los esquemas mínimos y los contenidos serán cumplidos en su totalidad.

-Dación de leche

Entrega de leche entera en polvo al menor de 5 años que ingrese al programa y lo necesite de acuerdo con las normas estipuladas.

-Inmunizaciones

Se aplicarán las normas de la Secretaría de Estado de Salud Pública.



-Atención de la demanda por patología

En consulta externa:

Todos los efectores atenderán en consulta externa a los menores de 15 años que lo demanden en caso de enfermedad, aplicando las normas existentes o toda otra norma que emane del presente programa.

Se efectuará dación gratuita de medicamentos para el tratamiento de la patología más frecuente y de mayor riesgo en esas edades: infecciones, parasitosis, tuberculosis, lúes, diarreas, neumopatías, desnutrición, etc. Para ello se contará con un Vademecum Unico.

Se solicitará, de ser necesario, la interconsulta con otras especialidades las que brindarán a estos pacientes atención prioritaria.

También los sectores intermedios brindarán a sus pacientes la prelación correspondiente.

En los sectores de internación:

El programa deberá asegurar la internación del paciente menor de 15 años que lo necesite.

La internación deberá cumplir los siguiente requisitos: se ajustará a normas preestablecidas respecto a oportunidad de la internación, complejidad del servicio en relación con la patología existente y residencia de la familia. Para asegurar el cumplimiento de los requisitos los efectores tendrán presente que la derivación se hará según normas.

-Atención del niño desnutrido

Para su detección y tratamiento se aplicarán las normas de atención pediátrica de la Secretaría de Estado de Salud Pública.

-Salud Mental

Se efectuará prevención primaria, secundaria y terciaria según los niveles de atención:

-Seguimiento domiciliario

Donde sea factible y el caso lo requiera el programa arbitrará los medios para efectuar el seguimiento del paciente a nivel domiciliario

6.2. Atención Obstétrica

Objetivos

-Atender en consulta externa, internación y visita domiciliaria al 60% del total de gestantes durante el embarazo, parto y puerperio, según normas.



Ministerio de Bienestar Social de la Nación
Área de Salud Pública

- Contribuir a disminuir la deficiencia nutricional de la familia mediante la dación de leche entera en polvo a las embarazadas y madres que amamantan.
- Brindar educación alimentaria al grupo familiar.
- Vacunar al 100% de las mujeres embarazadas, según normas.
- Brindar atención médica en consulta o internación al 100% de la demanda espontánea durante el embarazo, parto y puerperio.

Actividades

-Captación

Para establecer los mecanismos de captación de la población vulnerable se establecerán criterios según las siguientes variables: nivel de ingreso, categoría ocupacional, nivel educacional de la mujer, condiciones de la vivienda, tamaño, composición de la familia, edad de la mujer, estabilidad del núcleo familiar, enfermedades crónicas y muertes infantiles o abortos anteriores.

La captación se hará por: demanda espontánea, detección de embarazadas que concurren al programa por atención pediátrica de sus hijos y detección a nivel comunitario de los grupos vulnerables.

-Control del embarazo y del puerperio

Se aplicarán normas respecto a oportunidad, frecuencia y contenido de las prestaciones. Para la determinación de frecuencia se aplicarán los esquemas mínimos de las Normas de la Secretaría de Estado de Salud Pública.

-Dación de leche entera en polvo

Se entregarán de acuerdo a normas a partir del 5º mes de gestación y durante el período de lactancia materna.

-Inmunizaciones

Se aplicarán según normas de la Secretaría de Estado de Salud Pública

-Atención de la demanda por patología

Se atenderá según normas toda la demanda por patología de las embarazadas

-Detección del embarazo de alto riesgo

Se efectuará tomando en cuenta los criterios a establecer en las normas canalizando su atención a los establecimientos que se determinen en cada área.

-Interconsulta y recursos auxiliares

Se utilizarán según normas dándole a la mujer embarazada la correspondiente prioridad.



-Derivación

Será oportuna para lograr la atención adecuada durante el embarazo y la internación para la atención institucional del parto.

-Atención obstétrica en internación

Durante el embarazo patológico que lo requiera y en el momento del parto según normas.

-Atención domiciliaria

Cuando sea posible y el caso lo requiera se efectuará atención domiciliaria.



7. ORGANIZACION DE SERVICIOS

Objetivos

Adecuar el 50% de los efectores de atención materno infantil existentes e instalar 400 consultorios descentralizados para ejecutar las acciones de salud programadas

Actividades

Se considerarán los escalones propuestos, no desarrollándose el Escalón 1 por cuanto éste cumplirá sus acciones a nivel comunitario. Tampoco se explicitará la adecuación de servicios en el aspecto de personal que se incluirá en el capítulo acerca de Desarrollo de Recursos Humanos.

Se contemplan tres aspectos: normas generales de funcionamiento, planta física y equipamiento.

Escalón 2

Este escalón de atención será prioridad en el desarrollo del programa como mecanismo indispensable para asegurar la vigencia del trabajo comunitario y garantizar la accesibilidad física y horaria de la población.

Normas generales de funcionamiento;

Depende técnica y administrativamente del Escalón 3.

La atención médica que brinde será diaria, con un horario que contemple las necesidades de la población. La concurrencia del médico podrá ser periódica en las áreas rurales.

Planta Física

Se estima que deberán adecuarse el 50% de los consultorios existentes en el sector oficial, (periféricos y de establecimientos), para lograr las mínimas condiciones físico-funcionales y de comodidades, que permitan el cumplimiento de las normas de atención y otras actividades previstas.

Se prevé la creación de alrededor de 400 consultorios periféricos en áreas que lo necesiten, emplazándolos en el seno de la comunidad a la que sirven, contemplando las normas vigentes.

Equipamiento

Se completará el equipamiento de los servicios existentes y se dotará a las unidades nuevas según normas.

Escalón 3.

Se adecuarán según los correspondientes modelos normativos de organización y funcionamiento para cada nivel. Se apoyarán los siguientes sectores:



Ministerio de Bienestar Social de la Nación
Oficina de Salud Pública

En establecimientos de Nivel III: atención del parto y del recién nacido normal, emergencias.

En establecimientos de Nivel IV: los anteriores y además, atención del recién nacido de mediano riesgo, alimentación, diagnóstico y tratamiento, internación pediátrica y obstétrica.

En establecimientos de Nivel VI: a este nivel se agregan atención del recién nacido de alto riesgo perinatal y Departamento de actividades programadas para el área y otros sectores de especialidades médicas.

Escalones 4 y 5

Se aplicarán los criterios enunciados para el Escalón 3, agregándose la organización de los Departamentos de Docencia e Investigación en lo que hace al cumplimiento de los objetivos de este Plan.



8. DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

8.1. Capacitación de personal

Objetivos

- Actualización en temas prioritarios de salud pública y atención pediátrica para el 100% de los médicos pediatras que se desempeñen en servicios participantes en el Plan.
- Actualización en temas prioritarios de salud pública y atención tocoginecológica para el 100% de los médicos tocoginecólogos que se desempeñen en servicios participantes en el Plan.
- Adiestramiento en servicio en temas prioritarios de salud pública y atención materno infantil del 50% de los médicos generales que se desempeñen en servicios participantes en el Plan.
- Adiestramiento en servicio del 100% del personal de enfermería que actúe en atención materno-infantil dentro de servicios participantes en el Plan.
- Promoción de la formación de médicos pediatras y tocoginecólogos, profesionales, auxiliares y técnicos de servicios intermedios y enfermeras especializadas a través de cursos básicos intensivos y mediante el sistema de residencias, en centros asistenciales y docentes de todo el país.
- Promoción de programas para el perfeccionamiento e investigación en temas prioritarios de pediatría y tocoginecología y salud materno infantil.
- Desarrollo de pasantías para el 100% de los médicos residentes de pediatría y tocoginecología en servicios de los escalones 1,2 y 3 de todo el país.
- Promover pasantías en centros de pediatría y de tocoginecología para el perfeccionamiento de médico que se desempeñen en servicios participantes en el Plan.
- Promoción de la formación de ayudantes y auxiliares de enfermería con adiestramiento en pediatría y atención tocoginecológica.
- Capacitación en temas prioritarios del 100% de los agentes sanitarios y colaboradores para que puedan transmitir conocimientos a la población y ejecutar acciones mínimas de salud.

Actividades

Para el desarrollo de las actividades de capacitación se fijarán las prioridades según las necesidades de las distintas áreas y los objetivos particulares de los cursos o seminarios. La ejecución de las actividades de capacitación se realizará con la colaboración docente de los escalones 4 y 5 y de las instituciones educacionales que concurran a los mismos fines.

Aquellas actividades cuya ejecución no dependa en forma exclusiva del Plan, aunque concurran al cumplimiento de sus objetivos, serán promovidas y financiadas parcial o totalmente a través de convenios especiales. En todos los casos los programas de capacitación contemplarán la actualización permanente del personal y tenderán a que la formación sea progresiva, en servicio y multidisciplinaria.



- Seminarios de actualización y adiestramiento en servicio. Para capacitar al personal profesional, técnico y auxiliar de todas las especialidades que ya se desempeñen en servicios de salud, para su adecuada inserción en los programas del Plan. Los seminarios serán multidisciplinarios, se desarrollarán en los escalones 3, 4 y 5 y se utilizará como base la tarea grupal.
- Organización de cursos básicos intensivos (programas de hasta un año) y promoción de residencias (programas de 3 y 4 años) y becas para especialización. Estarán destinados a médicos graduados de los últimos años o especialistas en pediatría y tocoginecología y personal de enfermería con la misma característica. Se desarrollarán a nivel de centros docentes regionales con participación de los escalones 4 y 5.
- Pasantías destinadas a médicos residentes de pediatría y de tocoginecología que cumplen su 2° y 3° año de residencia. Las pasantías se efectuarán en los escalones 1 a 5 y consistirán en tareas en servicios. Los equipos docentes estarán integrados por los responsables de los servicios y otros colaboradores docentes.
- Pasantías destinadas a médicos actuantes en los programas del Plan, se realizarán en centros especializados en pediatría y tocoginecología mediante un régimen que prevea la actualización y perfeccionamiento periódico de los profesionales.
- Promoción de la formación de ayudantes y auxiliares de enfermería. Se concurrirá al desarrollo de cursos formales con práctica en terreno.
- Capacitación de los agentes sanitarios y colaboradores que constituyen el escalón 1. Se ejecutará a nivel de los servicios del escalón 2 en forma periódica. El equipo docente será el personal de salud con capacidad y motivación. Se aplicará la metodología de discusión y participación activa en algunas acciones de salud.

8.2. Distribución racional del recurso humano

Objetivos:

- Lograr una adecuada distribución del personal existente que se desempeña en el área materno infantil y del que se forme a través del Plan.
- Alcanzar una máxima utilización del personal que actúe en atención materno infantil.

Actividades:

- Radicación de personal: se procurará la radicación del personal del equipo en aquellas áreas más desprotegidas y con mayor déficit, contemplando las necesidades más urgentes. Para ello se coordinarán actividades con las instituciones docentes respectivas y con las jurisdicciones que dispongan de alta concentración de recursos humanos.
 - Régimen de trabajo: se implementará la extensión horaria para el personal que trabaja en cada área y se dará preferencia en la incorporación de personal a aquel en condiciones de desempeñarse con dedicación exclusiva.
- Los profesionales médicos deberán cumplir actividades en las modalidades de atención ambulatoria e internación para lo cual en cada jurisdicción se organizará el sistema más adecuado. En los mismos se contemplarán además las facilidades que permitan la movilidad del personal en



Ministerio de Bienestar Social de la Nación
Área de Salud Pública

los distintos escalones.

- Retribuciones: estará en concordancia con la modalidad de dedicación, la responsabilidad en la conducción de las acciones y el área geográfica de trabajo.
- Acciones concurrentes: a través de coordinación con otros sectores o instituciones se promoverán medidas que favorezcan la radicación en zonas críticas. (créditos, vivienda, movilidad, etc.)

8.3. Investigación:

El Plan fijará los temas de interés nacional vinculados con la salud materno infantil y promoverá su investigación en los distintos escalones u otras instituciones que desarrollen acciones concurrentes, participando en su financiación a través de convenios y contando para la elaboración de normas con los centros del escalón 5.



9. ACCION COMUNITARIA

9.1. Participación de la Comunidad

Objetivos:

Asegurar la pertenencia del Plan a la comunidad, promoviendo su participación en acciones sanitarias.

Actividades:

Entendiendo que la participación comunitaria es uno de los pilares en que se basa el presente Plan se promoverá su vigencia en todos los escalones del mismo.

Escalón 1:

-Constitución de los equipos. Los mismos estarán a cargo de los agentes sanitarios que deberán cubrir los requisitos establecidos. Otros miembros de la comunidad, en carácter de voluntarios actuarán como colaboradores. Dentro de este grupo se prevé la incorporación de trabajadores, personas en etapa de formación secundaria o universitaria y cualquier otra persona con actitud favorable. Estos grupos actuarán a nivel familiar en los hogares y en escuelas, fábricas, guarderías, centros de recreación y toda otra institución comunitaria.

-Ubicación de los equipos:

En una primera etapa se dará prioridad a la constitución de los equipos que actúen a nivel de los sectores más desprotegidos; áreas rurales, población rural nucleada, villas de emergencia, inquilinatos y pensiones, nucleamientos urbanos de bajo nivel socioeconómico.

-Capacitación de los equipos:

Se cumplirá en el escalón 2 y será condición indispensable antes de la iniciación de sus actividades:

-Tareas de los equipos.

• Información a la población de su sector sobre: conceptos de salud y enfermedad, principales problemas de salud y los factores que condicionan métodos para el cuidado de la salud, promoción de la lactancia materna y atención de la enfermedad, utilización de los servicios de atención médica.

La metodología de trabajo estará basada en el análisis y discusión con la comunidad de los temas propuestos para despertar una conciencia sanitaria y facilitar el pleno ejercicio del derecho a la salud.

• Detección de la población definida como vulnerable para iniciar actividades del programa con dichos grupos, a través de contacto domiciliarios, en fábricas, escuelas, etc. o conexiones con instituciones que dispongan de información al respecto (Registro Civil).

• Promoción del acceso de la comunidad al programa para su atención médica.

• Ejecución de ciertas acciones mínimas de prevención y atención de la enfermedad.

• Control del cumplimiento de indicaciones médicas.

• Derivación ante situaciones de emergencia al que lo requiera siendo responsable de asegurar su internación.



Ministerio de Bienestar Social de la Nación
Área de Salud Pública

- . Información de sus actividades al escalón 2.
- . Participación en las actividades de los escalones 3 y 4 contemplando las necesidades sociales que se generan ante la enfermedad.
- . Programación de las acciones a ejecutar a ese nivel.

Escalón 2:

- Reclutamiento de los equipos del Escalón 1 con el aval de la comunidad y de los niveles de conducción del programa.
- Capacitación de dichos equipos en temas prioritarios a través de reuniones de discusión e investigación de los principales problemas de salud.
- Coordinación permanente con los equipos del Escalón 1 para tomar conocimiento de las actividades de los mismos, de las necesidades de la comunidad y para control de la marcha de las acciones del programa.
- Promoción a la activa participación del Escalón 1 en los escalones 3 y 4.
- Apoyo técnico a los equipos del Escalón 1 para una correcta ejecución de sus tareas en la comunidad.
- Investigación para el logro de técnicas adecuadas de comunicación y transferencia de conocimientos a la comunidad.
- Preparación del material didáctico a ser utilizado por el Escalón 1 en sus tareas.
- Adiestramiento de los agentes y colaboradores en el manejo de técnicas para el cuidado de la salud, la prevención y atención de la enfermedad (registro de peso, inmunizaciones, aplicación de inyectables, preparación del biberón, técnicas de alimentación, higiene personal y ambiental, etc.) con la asistencia técnica de los niveles de conducción.

Escalón 3, 4 y 5:

- Promoción de las acciones de los Escalones 1 y 2 a través de los mecanismos de coordinación más efectivos: reuniones periódicas, información de sus actividades y control de las actividades del programa.
- Desarrollo en su área de actividades similares a las del escalón 2.
- Constitución a su nivel de grupos representativos de la comunidad de su zona, integrando miembros del Escalón 1, los que funcionarán en forma permanente para lograr el mejor desarrollo de las actividades programadas.
- Transmitir a los niveles de conducción en cada zona la información necesaria y las propuestas concretas que surjan de los escalones anteriores.

9.2. Educación de la Comunidad

Objetivos:

Desarrollar una conciencia sanitaria popular y transformar a cada habitante en un colaborador activo de las acciones del Plan.



Actividades:

Se informará a la población sobre: nuevos conceptos de salud y enfermedad, mortalidad materna e infantil, principales causas, magnitud del daño; factores ambientales que condicionan la enfermedad (vivienda, agua, excretas, clima, vectores); valor de la lactancia materna, aspecto esencial en la disminución de la morbimortalidad infantil, importancia de fortalecer el vínculo madre-hijo; protección de la salud, atención de la enfermedad, organización y utilización de los recursos de atención médica, medios para elevar el nivel educativo, participación en actividades del Plan, etc.

Metodología:

La transferencia de conocimientos se efectuará a nivel individual y grupal.

Para la difusión masiva se utilizarán los medios actualmente disponibles: Radio, Prensa, Televisión, propaganda mural y cualquier otro medio que la comunidad considere apto para los fines propuestos, atendiendo a circunstancias geográficas, culturales y demográficas.



10.- ACCIONES CONCURRENTES

En razón de la multiplicidad de factores que determinan el nivel de salud del grupo materno infantil, todo plan de acciones sanitarias dedicado al grupo familiar debe ser complementado con actividades de otros sectores que contribuyan a mejorar su nivel de vida, disminuir las agresiones del medio, asegurar su nutrición y sobre todo favorecer el cuidado directo del hijo por su madre.

La Dirección Nacional de Salud Materno Infantil deberá formular políticas generales colaborando con otros sectores en los aspectos relativos al desarrollo integral del grupo familiar. Para lograr estos objetivos se estudiarán los siguientes aspectos:

- Subsidios o asignaciones familiares: en el período prenatal, requisitos de antigüedad previa, extensión a madres no aportantes, reposo maternal, asignaciones especiales para madres que amamenten. Subsidios por enfermedad, desocupación o muerte.
- Planes de viviendas. Inclusión de familias vulnerables en los mismos. Emplazamiento de Consultorios periféricos en núcleos habitacionales que por su número lo requieran. Provisión de agua potable. Eliminación de excretas. Disposición de basuras. Contaminación ambiental. Control de vectores.
- Alfabetización de madres. Revisión de los programas de Educación para la Salud. Hogares Maternales. Jardines de Infantes. Hogares Escuelas. Gabinetes Psicopedagógicos. Sanidad Escolar. Comedores Escolares.
- Posibilidad de ofrecer los diferentes escalones de atención del Plan Materno Infantil para capacitación del equipo de salud en un programa de regionalización docente.
- Niño abandonado, mendicidad, niño que trabaja. Instituciones con fines de rehabilitación social. Hogares sustitutos.
- Deportes y recreación en madres y niños. Colonias de vacaciones.
- Legislación laboral de madres y menores. Desocupación del Jefe de Familia. Trabajo nocturno.
- Producción y control de alimentos. Nuevas fuentes proteicas. Producción y distribución de leche en el país. Industria productora de leche en polvo.
- Producción en organismos oficiales de medicamentos a utilizar por el Plan



11. EVALUACION Y SUPERVISION

11.1. Evaluación

Se cumplirá en forma sistemática a través de información recogida directamente en la población beneficiaria y de información procedente de los distintos escalones institucionales.

-Información a partir de la población beneficiaria.

A nivel comunitario se efectuará, a través de encuestas, la investigación de los siguientes aspectos:

- . Generalidades del Programa:
Opinión sobre organización y funcionamiento, grado de satisfacción expectativas, grado de participación en el proceso.
- . Utilización de los Servicios por parte de la población beneficiaria y los grupos vulnerables. Información sobre: consultas, vacunaciones, asistencia alimentaria, internaciones, visitas domiciliarias, aspectos técnico-administrativo de las prestaciones.
- . Educación sanitaria: información sobre nivel de conocimientos adquiridos de los principales contenidos y modificaciones de actitudes, medios más aptos de transmisión.

-A nivel institucional

Se efectuará a través de los sistemas habituales de registro, que permitirán la elaboración de indicadores para valorar el cumplimiento periódico de los objetivos formulados por el Plan. Dicha información deberá ser oportuna para asegurar las correcciones sobre la marcha. Las actividades a evaluar serán las siguientes:

- . Acciones de atención médica, aspectos cuantitativos, casos bajo control, consultas efectuadas, egresos, vacunas efectuadas, leche entregada, aspectos cualitativos, auditoría de muertes maternas e infantiles normatizadas a nivel de cada escalón.
- . Organización de servicios:
Centros de atención ambulatoria nuevos, centros de atención ambulatoria adecuados, camas recuperadas,
- . Capacitación y utilización de personal:
Personal adiestrado según tipo, personal en formación según tipo, personal incorporado según tipo, profesionales radicados por área, profesionales con dedicación exclusiva,
- . Promoción Comunitaria:
Agentes incorporados (escalón 1), colaboradores incorporados (escalón 1)
- . Ejecución presupuestaria (según Items)
Transferencias a provincias y su ejecución, ejecución a nivel central nacional.
- . Resultados finales:
Mortalidad materna, mortalidad perinatal, mortalidad infantil, mortalidad preescolar, morbilidad materna, morbilidad infantil, morbilidad preescolar



Ministerio de Bienestar Social de la Nación
Área de Salud Pública

-24-

11.2. Supervisión

De acuerdo con el concepto actual, debe ser una actividad de carácter básicamente docente, que facilite la comunicación interpersonal entre aquellos que tienen la responsabilidad de conducción del Plan y el personal profesional, técnico, auxiliar, etc. que se desempeña en los diversos servicios materno infantiles. Con este criterio debe ser una acción permanente y realizada en todos los niveles y escalones descriptos.

No solamente deberá aplicarse a los aspectos técnicos relacionados con eficiencia y efectividad de los servicios, sino enfatizar el grado de satisfacción y expectativa de la población.



12.- ORGANIZACION DE LOS NIVELES EJECUTIVOS

La dinámica que se propone para el desarrollo del Plan es reconocer y enfatizar la responsabilidad sobre el cuidado de la salud de sus habitantes que tienen las Provincias. La Nación en cuanto proveedora de fondos que financiarán el Plan, asumirá la función de asignar dichos recursos en la proporción que las provincias requieran, dictar las normas generales a las que deberán ajustarse los programas que se desarrollen y ejercer la coordinación y control general de gestión del Plan.

Para hacer efectivo el desenvolvimiento del Plan en las distintas jurisdicciones sanitarias del país, la Nación celebrará convenios donde se establezca el uso y destino de los fondos previstos y las normas a cuyo cumplimiento se obliguen los organismos participantes.

Con respecto a entidades sanitarias que no participan directamente en la ejecución del Plan, las normas del mismo deberán ser conocidas y tener el carácter de indicativas.

Se propone que la conducción general del Plan esté a cargo de un organismo directamente dependiente de la Secretaría de Salud Pública de la Nación al cual se le otorguen el máximo posible de atribuciones para desarrollar las tareas previstas. Del mismo modo se plantea que las Provincias designen un funcionario de la más alta jerarquía para que actúe como responsable de todos los aspectos relacionados con el Plan dentro de la esfera provincial.

12.1.- Estructura y Funciones del Nivel Nacional

Para el cumplimiento de los objetivos del Plan se propone la siguiente estructura y funciones de organismos de nivel nacional.

- Consejo Nacional de Salud Materno-Infantil.

Sus funciones serán velar por el cumplimiento de los propósitos fundamentales del Plan y del espíritu que lo anima asesorando sobre la materia a la Presidencia de la Nación. El cuerpo estará compuesto por representantes de los movimientos y partidos políticos, las fuerzas del trabajo y la empresa, representantes de las fuerzas armadas y miembros de la comunidad científica.

- Dirección Nacional de Salud Materno-Infantil (Ver organigrama en anexo).

Se propone crear dentro de la Secretaría de Estado de Salud Pública la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, la cual se responsabilizará de la puesta en marcha, ejecución y evaluación del Plan según la política general que se fije al respecto.



Directamente, o a través de sus dependencias, la Dirección Nacional tendrá a su cargo:

- .Formulación y suscripción de convenios con las provincias, municipalidades, universidades, obras sociales, fuerzas armadas, etc. para su participación en el desarrollo del Plan.
- .Asignación de los fondos previstos en los convenios de acuerdo con los respectivos programas de actividades.
- .Normatización general del Plan y dictado de los lineamientos para la elaboración de normas por parte de las jurisdicciones participantes.
- .Programación de las actividades directamente a su cargo y fijación de las pautas generales para la preparación de programas en los demás niveles.
- .Asistencia técnica para la programación, normatización, ejecución y evaluación de actividades por parte de las provincias y demás jurisdicciones.
- .Control general de gestión del Plan y evaluación compartida de los programas ejecutados por las provincias y demás jurisdicciones. Supervisión directa de sus propios programas.
- .Preparación del presupuesto general de gastos del Plan para los períodos subsiguientes.
- .Coordinación general de la ejecución del Plan.
- .Promoción intersectorial de acciones concurrentes al logro de los objetivos del Plan.

La Dirección Nacional estará formada por distintos organismos y niveles. En cada caso se enuncian la estructura y el área de competencia respectiva para la formulación de programas, normatización de actividades y asesoramiento técnico a los organismos de ejecución.

- Dirección General de Desarrollo de Personal

Será su competencia:

Formación de personal para los distintos escalones que componen la organización del Plan.



Ministerio de Bienestar Social de la Nación
Dirección de Salud Pública

Desarrollo de investigaciones clínicas, sanitarias y sociales de aplicación al campo de la salud materno-infantil.

Se estructurará del siguiente modo:

- .Departamento de Capacitación de Personal Profesional.
- .Departamento de Capacitación de Personal Técnico.
- .Departamento de Investigaciones.

- Dirección General de Servicios Materno-Infantiles.

Será su competencia:

Organización y equipamiento de servicios ambulatorios y de internación de modo tal de crear una red eficiente de servicios.

Recuperación de la capacidad instalada de los servicios materno infantiles que así lo requieran.

Se estructurarán del siguiente modo:

- .Departamento de Establecimientos y Servicios.
- .Departamento de Servicios de Diagnóstico y Tratamiento.
- .Departamento de Apoyo Técnico.

- Dirección General de Acciones de Salud.

Será su competencia:

Desarrollo de normas de atención médica pediátrica y obstétrica.

Provisión de drogas y medicamentos.

Nutrición.

Será su estructura:

- .Departamento de Atención Pediátrica.
- .Departamento de Atención Obstétrica
- .Departamento de Acciones Complementarias.



Ministerio de Bienestar Social de la Nación
Área de Salud Pública

- Dirección General de Acción Comunitaria.

.Será su competencia:

Promoción del desarrollo comunitario en salud materno-infantil.

Difusión de informaciones y conocimientos utilizando medios de comunicación masiva.

Acciones concurrentes en materia de legislación sanitaria y Social.

.Será su estructura:

.Departamento de Promoción Comunitaria.

.Departamento de Difusión.

.Departamento de Legislación.

- Departamento de Información y Evaluación.

Su área de competencia es recopilar y elaborar informaciones con el objeto de valorar el desarrollo del Plan.

- Departamento de Asuntos Administrativos.

Su área de competencia es brindar apoyo administrativo para el desarrollo de las actividades de la Dirección Nacional.

12.2.- Estructura Nivel Provincial

A los fines de la ejecución del Plan Nacional de Salud Materno Infantil las provincias deberán contar con la siguiente estructura básica.

.Nivel central provincial.

Se designará un responsable del programa provincial.

La función será desempeñada por un médico con dedicación exclusiva, pediatra u obstetra con conocimientos y experiencia en organización y administración de servicios de salud, designado por la autoridad sanitaria provincial y revistando dentro de la estructura de nivel central.



Ministerio de Bienestar Social de la Nación
Dirección de Salud Pública

.Escalón 4.

En aquellas provincias que tengan establecimientos de complejidad correspondiente a Escalón 4, la responsabilidad de la ejecución del programa en su zona y/o área corresponderá a un profesional que reúna iguales condiciones que el responsable del nivel central provincial. La función podrá ser desempeñada por el Jefe de Departamento de Areas Programáticas o el Jefe del Servicio de Pediatría u Obstetricia o un profesional designado al efecto y que integrará el plantel de alguno de los servicios asistenciales citados.

.Escalón 3.

En aquellas zonas donde existan Hospitales de complejidad VI existirá un responsable del programa para toda la zona y/o área que deberá reunir iguales requisitos que los anteriores. La responsabilidad podrá recaer en el Jefe de Zona.

En los hospitales de complejidad III y IV la responsabilidad de ejecución del programa en su zona y/o área corresponderá a un profesional médico preferentemente con los requisitos anteriores. La responsabilidad en estos casos podrá recaer en el Director del Hospital.

Se procurarán los mecanismos de capacitación en organización de la atención materno infantil a todo el personal anteriormente definido que sea necesario.

La estructura provincial deberá garantizar el cumplimiento de las acciones, el apoyo logístico y la supervisión y evaluación.

TABLA N° 1 - REPUBLICA ARGENTINA - POBLACION TOTAL Y MENORES DE 15 AÑOS
CALCULADA AL 30-6-1970

DIVISION POLITICA	Total General	POBLACION MENOR DE 15 AÑOS			
		Menos de 1 año	1 a 4	5 a 9	10 a 14
<u>TOTAL DE LA REPUBLICA</u>	23275602	490359	1996415	2422028	2249131
Capital Federal	2971605	36060	142047	121088	194939
Buenos Aires	8726239	172397	680207	819358	759468
Catamarca	171513	4966	20684	25759	22902
Córdoba	2952496	43625	173566	217191	211330
Corrientes	561045	16087	66155	82210	73787
Chaco	563800	18382	72811	84474	72310
Chubut	189051	5031	20060	23084	19576
Entre Ríos	308538	30331	81164	102607	96344
Formosa	232923	7911	31494	36204	29830
Jujuy	300500	9414	36239	41183	35629
La Pampa	171456	3742	14530	18209	18248
La Rioja	136026	3901	16078	19816	17644
Mendoza	969419	22608	91831	112959	104284
Misiones	440419	15910	60000	65223	53277
Neuquén	153711	4577	18552	21655	17999
Río Negro	264400	7261	28752	33480	29105
Salta	507377	15092	60405	70325	60840
San Juan	382444	10305	42097	51601	46721
San Luis	183230	4653	18536	23341	22488
Santa Cruz	33679	2023	7724	7862	5786
Santa Fe	2139786	40433	162666	202609	194120
Sgo. del Estero	494177	14299	60199	75982	67760
Tucumán	766151	17012	90383	104578	93336
T. del Fuego, Antárti- da e Islas d/A. Sud..	14668	338	1235	1230	908

TABLA 2 - POBLACION ARGENTINA DE 15 a 49 AÑOS CALCULADA AL 30-6-70 SEGUN GRUPOS DE
 EDAD Y JURISDICCIONES

DIVISION POLITICA	POBLACION ARGENTINA EN EDAD FERTIL						
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
TOTAL DE LA REPUBLICA	994772	914030	912985	939918	857907	715676	697399
Capital Federal	113407	114532	118714	129558	129514	120485	129955
Buenos Aires	334258	334252	364621	388584	355578	284719	267974
Catamarca	3968	6143	5773	5589	4682	3717	3551
Córdoba	94239	83714	81218	80784	73047	61644	59252
Corrientes	28247	21394	18154	17204	14914	13334	10399
Chaco	29588	23352	19860	18126	14595	12913	10445
Chubut	9654	7755	7576	7179	5962	4664	3699
Entre Ríos	39410	31324	27979	26695	24075	21505	20489
Formosa	11560	9340	8083	7556	5968	4951	4199
Jujuy	14903	13415	12124	19453	8527	6694	5598
La Pampa	8021	6705	6022	6191	5579	4926	4624
La Rioja	6592	5021	4579	4348	3753	2952	2816
Mendoza	46514	40696	39708	39442	34740	28183	25615
Misiones	21596	18363	15789	13965	11238	9208	8079
Neuquén	7130	6328	5769	5027	4165	3382	2659
Río Negro	12237	11161	10198	9563	7884	6275	5375
Salta	26011	21699	19765	17501	14334	11461	10158
San Juan	20192	16028	15133	13940	11898	9049	8275
San Luis	9228	6956	6422	6204	5353	4711	4261
Santa Cruz	2840	3193	3447	3067	2493	1984	1564
Santa Fe	87942	83676	84139	86254	82323	71697	69957
Santiago del Estero	24693	17676	15070	14569	13004	10918	10679
Tucumán	38265	31066	29375	26152	23190	17230	16573
T.del Fuego, Antártida e Islas del A. Sud	328	414	476	466	381	233	211

TABLA N.º 3 - MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y POSTNEONATAL, CIFRAS ABSOLUTAS
Y TASAS POR MIL NACIDOS VIVOS. REPUBLICA ARGENTINA. AÑO 1970

DIVISION POLITICA	MORTALIDAD INFANTIL					
	TOTAL		NEONATAL		POSTNEONATAL	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
<u>TOTAL DE LA REPUBLICA</u>	31.902	63,1**	13.281	26,3**	18.621	36,8**
Capital Federal	3.727	42,4	1.933	22,0	1.794	20,4
Buenos Aires	7.202	55,4**	3.216	24,7**	3.986	30,7**
Catamarca	371	73,6	102	20,2	269	53,4
Córdoba	2.095	51,4	900	22,1	1.195	29,3
Corrientes	1.261	78,6	381	23,8	880	54,8
Chaco	1.620	100,1	530	39,5	991	60,6
Chubut	449	82,6	156	28,7	293	53,9
Entre Ríos	1.048	55,3	431	22,7	617	32,6
Fornosa	476	62,5	159	20,9	317	41,6
Jujuy	1.520	132,6	431	37,6	1.089	95,0
La Pampa	143	37,3	67	17,5	76	19,8
La Rioja	331	83,6	93	23,5	238	60,1
Mendoza	1.447	65,9	577	26,3	870	39,6
Misiones	1.087	77,7	437	31,3	650	46,4
Neuquén	578	107,6	231	43,0	347	64,6
Río Negro	799	95,1	300	35,7	499	59,4
Salta	1.897	114,4	688	41,5	1.209	72,9
San Juan	911	86,0	394	37,2	517	48,8
San Luis	303	78,7	112	29,1	191	49,6
Santa Cruz	112	50,2	49	22,0	63	28,2
Santa Fe	2.333	56,4	977	23,6	1.356	32,8
Santiago del Estero .	574*	52,2**	199**	18,1**	375*	34,1**
Tucumán	1.601	69,9	802	35,0	799	34,9
T.del Fuego, Antárti- da e Islas del A.Sud.	17	55,6	7	22,9	10	32,7

* Información correspondiente a 10 meses

** Estimado

TABLA N° 4 - MUERTES INFANTILES Y TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL, PRENEONATAL Y POSTNEONATAL,
 CLASIFICADAS POR CAUSAS SELECCIONADAS - TOTAL DEL PAIS - 1970

C A U S A	MORTALIDAD INFANTIL					
	TOTAL		PRENEONATAL		POSTNEONATAL	
	N°	TASA*	N°	TASA*	N°	TASA*
T O T A L	31.902	63,1	13.281	26,3	18.621	36,8
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	0,0	---	---	1	0,0
Enfermedad diarreica	4.252	8,4	481	1,0	3.771	7,4
T.B.C. del aparato respiratorio	76	0,2	3	0,0	73	0,1
Otras formas de T.B.C.	37	0,1	---	---	37	0,1
Difteria	9	0,0	---	---	9	0,0
Tos ferina	182	0,4	8	0,0	174	0,3
Tétanos	259	0,5	252	0,5	7	0,0
Septicemia	1.616	3,2	715	1,4	901	1,8
Poliomielitis aguda	13	0,0	---	---	13	0,0
Sarampión	609	1,2	5	0,0	604	1,2
Tripanosomiasis	24	0,1	4	0,0	20	0,0
Sífilis congénita	79	0,2	35	0,1	44	0,1
Las demás enfermedades infecciosas	584	1,2	62	0,1	522	1,0
Estados de desnutrición	1.597	3,2	191	0,4	1.406	2,8
Enf. agudas del aparato respiratorio	310	0,6	54	0,1	256	0,5
Bronquitis y neumonías	4.947	9,8	1.350	2,7	3.597	7,1
Malformaciones congénitas	1.845	3,6	1.030	2,0	815	1,6
Lesiones obstétricas	941	1,9	906	1,8	35	0,1
Afecciones de la placenta y del cordón	267	0,5	258	0,5	9	0,0
Enf. hemolítica del recién nacido	285	0,6	255	0,5	30	0,0
Enf. anóxicas e hipóxicas del recién nacido	2.569	5,0	2.447	4,8	113	0,2
Inmadurez	2.320	4,5	2.197	4,3	123	0,2
Otras enfermedades del recién nacido	1.021	2,0	364	1,7	157	0,3
Enfermedades mal definidas	3.149	6,2	950	1,9	2.199	4,3
Todas las demás enfermedades	4.919	9,7	1.214	2,4	3.705	7,3

* Tasas por mil nacidos vivos.

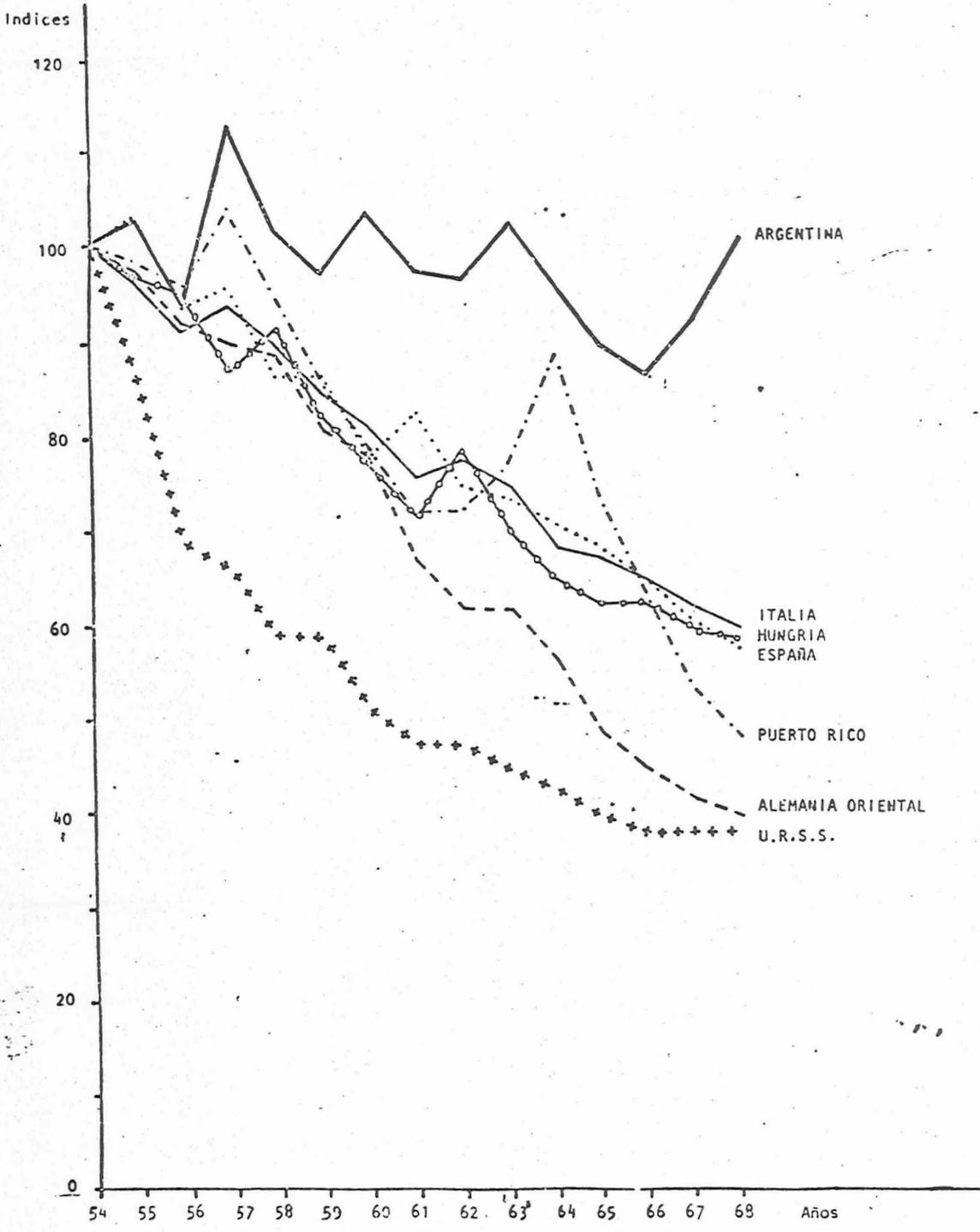


GRAFICO N° 1: TENDENCIA DE INDICES DE MORTALIDAD INFANTIL EN ALGUNOS PAISES SELECCIONADOS -AÑO 1954 - 1968.

GRÁFICO Nº 2

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL CDAD. DE Bs. As.
AÑOS 1948 - 1971

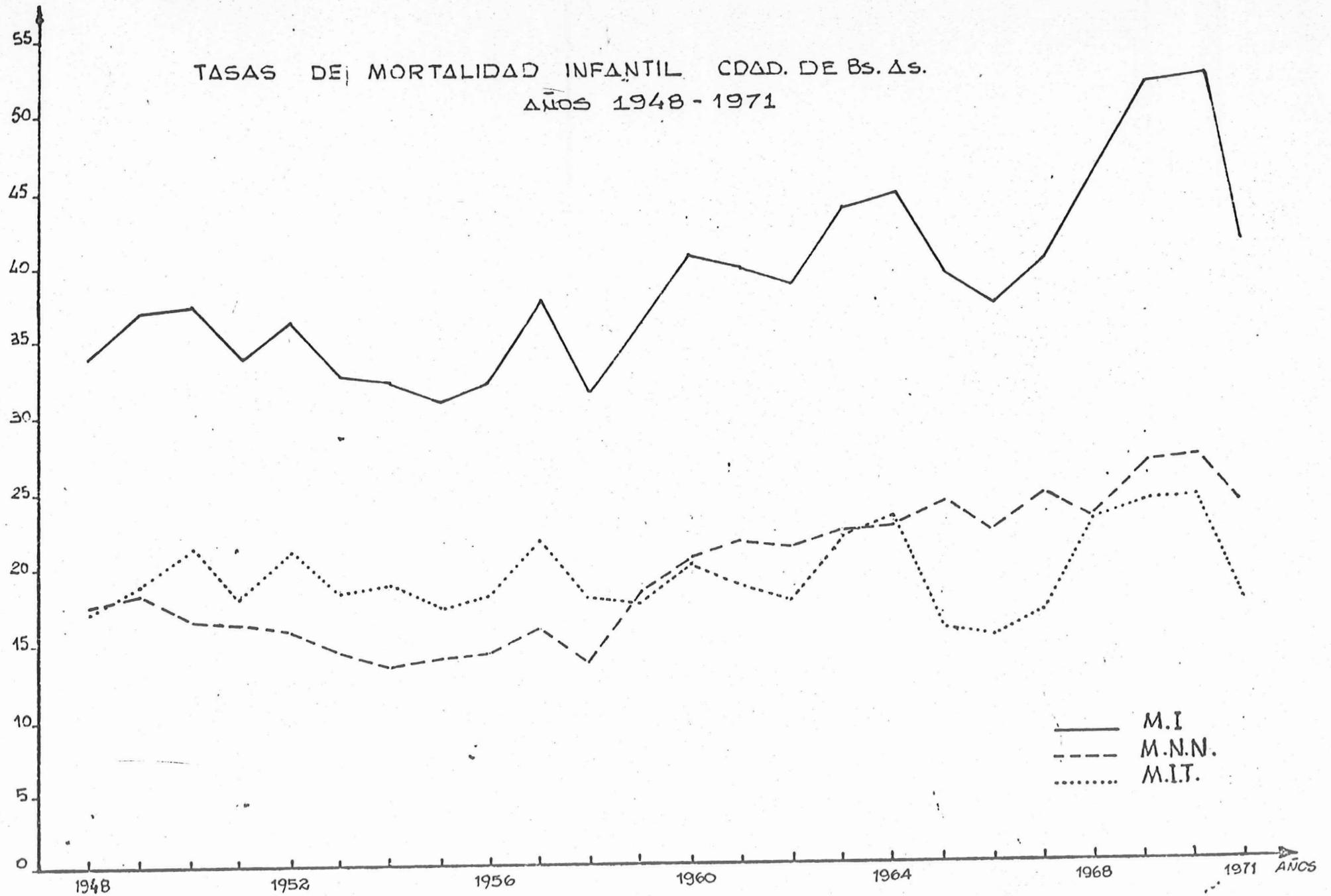


TABLA N° 5.- CAPTACION. METAS TRIMESTRALES ACUMULATIVAS POR GRUPO DE EDAD - 1er. AÑO

POBLACION	N°	1° TRIMESTRE 30%	2° TRIMESTRE 60%	3° TRIMESTRE 80%	4° TRIMESTRE 100%
Menor de 1 año	300.000	90.000	180.000	240.000	300.000
1 - 4 años	1.200.000	360.000	720.000	960.000	1.200.000
Total menor de 5 años	1.500.000	450.000	900.000	1.200.000	1.500.000
Embarazadas	310.000	93.000	186.000	248.000	310.000

TABLA N° 6.- ESTIMACION DEL NUMERO DE CONSULTAS PEDIATRICAS Y OBSTETRICAS ANUALES - 1er. AÑO.-

POBLACION	N°	Cobertura 60%	N° Contro- les anuales p/persona	N° Consul- tas de Control	Consultas por Patología	Total de consultas
Total menor de 15 años	7.300.000	1.500.000	--	4.200.000	17.250.000	21.450.000
Menor de 1 año	500.000	300.000	6	1.800.000	(1) 450.000	2.250.000
1 - 4 años	2.000.000	1.200.000	2	2.400.000	(2)2.400.000	4.800.000
5 - 9 años	2.500.000	--	--	--	(3)7.500.000	7.500.000
10 - 14 años	2.300.000	--	--	--	(4)6.900.000	6.900.000
Embarazadas	520.000	310.000	6	1.860.000	(5) 370.000	2.230.000
T O T A L	7.820.000	1.810.000	--	6.060.000	17.620.000	23.680.000

- (1) Se estima un 25% de incremento sobre las consultas de control.-
 (2) Se estima un 100% de incremento sobre las consultas de control.-
 (3) Se estiman tres consultas anuales.-
 (4) Se estiman tres consultas anuales.-
 (5) Se estima 20% de incremento sobre las consultas de control.-

TABLA N° 7.- ESTIMACION DE LA DACION DE LECHE ENTERA EN POLVO A LA POBLACION BENEFICIARIA - 1er. AÑO.-

POBLACION	Población a cubrir	Beneficiarios de la dación	Kg. anuales por beneficiario	TOTAL Kg.
Menor de 1 año	300.000	150.000	30	4.500.000
1 a 2 años	300.000	150.000	24	3.600.000
2 a 4 años	900.000	450.000	12	5.400.000
Embarazadas	310.000	155.000	8	1.240.000
T O T A L	1.810.000	905.000	--	14.740.000