



**Certificado Universitario de competencias específicas en Gestión
Interdisciplinaria de Servicios Latinoamericanos de Atención
Primaria de la Salud**

**Centro de Estudios Interdisciplinarios
Universidad Nacional de Rosario**

“Análisis del proceso de implementación de la Iniciativa Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño en los Centros Médicos de Atención Primaria de la Obra Social del Personal de la Construcción en el período 2014-2016”

Cohorte: 2016

Tutor: Gabriela Castiglia

Fecha de entrega: 10/11/2017

Estudiante: Mario Daniel Martínez

RESUMEN

El presente trabajo analizará y evaluará la introducción de la Iniciativa Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño (ICSAMN) (Nación, 2002) en tanto recuperación de la cultura de la lactancia materna, en los equipos de atención primaria de la salud (APS) de CONSTRUIR SALUD, Obra Social del Personal de la Construcción (O.S.Pe.Con.).

De acuerdo al Punto VI de la Declaración de Alma-Ata (OMS, Declaración de Alma-Ata, 1978), “La atención primaria de la salud es la asistencia sanitaria basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.”

En el Punto VII, entre los componentes de la APS, menciona la educación para la salud, la promoción nutricional y el cuidado materno infantil.

Debido a la creciente preocupación sanitaria por la inadecuada alimentación de los niños menores de un año, en la Asamblea Mundial de la Salud de 1981 se sanciona el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (OMS, Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, 1981)

En agosto de 1990, en la ciudad de Florencia, en el Ospedale degli Innocenti, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) lanzan la Declaración de Innocenti sobre Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna (OMS/UNICEF, Declaración de Innocenti, 1990), afirmando entre otras cosas:

“Como una meta global para una óptima salud y nutrición materna e infantil, debe permitirse a todas las mujeres practicar lactancia materna exclusiva y todos los niños deben ser alimentados exclusivamente con leche materna desde su nacimiento hasta las 4-6 meses de edad. De ahí en adelante los niños deben continuar siendo alimentados al pecho recibiendo además alimentación

complementaria adecuada y apropiada hasta cuando menos los dos años de edad. Este ideal de alimentación infantil será alcanzado creando un ambiente apropiado de conciencia y apoyo para que las mujeres puedan lactar de esta forma.

Obtener esta meta requiere, en muchos países, el reforzamiento de una "cultura de la lactancia materna" y su vigorosa defensa contra las incursiones de la "cultura del biberón". Esto requiere compromisos y abogar por la movilización social, utilizando al máximo el prestigio y autoridad de líderes sociales reconocidos en todas las facetas de vida”.

Entre sus Metas Operacionales la misma Declaración afirma:

“Todos los gobiernos para el año de 1995 deben haber:

Asegurado que cada instalación que otorgue servicios de maternidad practique completamente los Diez pasos para una Lactancia Materna Exitosa establecidos en la declaración conjunta OMS/UNICEF "Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna: la función especial de los servicios de maternidad" (OMS/UNICEF, Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad, 1989).

Finalmente la Resolución 660 del Ministerio de Salud de la Nación del año 2002 aprueba la Iniciativa Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño, adecuando los Diez Pasos a la Atención Primaria de la Salud. Esta Iniciativa es la que se puso en práctica en la obra social.

Tratándose de la recuperación de una cultura, la Iniciativa desafía no solo los conocimientos, sino también las creencias de los equipos de salud, todo lo cual termina expresándose en prácticas que pueden facilitar pero también obstaculizar esta recuperación cultural.

Palabras claves: APS – promoción de la salud – lactancia materna

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Descripción epidemiológica:

La alimentación del lactante con alimentos distintos de la leche humana supone un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad para ellos y sus madres, además de un gasto familiar y social innecesario y daño al ambiente que la producción y utilización de sucedáneos de la leche materna genera.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan la recolección periódica de datos sobre lactancia (monitorización) que permita conocer la evolución de la misma, así como la efectividad de las diversas iniciativas de promoción y apoyo (Hernández Aguilar, 2004), ya que existe un gran interés por la recuperación de la cultura de la lactancia materna, siendo la recomendación Lactancia Materna Exclusiva (LME) (LME: solo leche materna, excluyendo otras leches, otros líquidos u otros alimentos) hasta los 6 meses e incorporar alimentación complementaria oportuna a partir de esa edad y estimular la Lactancia Materna hasta los dos años o más.

De acuerdo al informe Estado mundial de la infancia 2016 (UNICEF, 2016) en la Argentina el 53% de los niños inicia tempranamente la lactancia (promedio para América Latina y el Caribe 49%, promedio mundial 44%) y el 33% recibe LME a los 6 meses (promedio para América Latina y el Caribe 32%, promedio mundial 39%).

En el informe Situación de la lactancia materna en Argentina. Año 2015 (Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia, 2015), puede leerse que el 53% del conjunto de los niños menores de 6 meses (0 a 5 meses y 29 días) se encontraban recibiendo LME al momento de la encuesta, reduciéndose del 58% a los 2 meses al 35% a los 6 meses. Solo dos países de la región, Perú (68.3%, 2010) y Bolivia (60.4, 2008), presentan tasas de LME en menores de 6 meses superiores a la Argentina.

El concepto LME incluye leche materna extraída o de nodriza y permite al lactante recibir sales de rehidratación oral, vitaminas, minerales u otras medicinas

(UNICEF. OMS., 2007). Forma parte de las cinco definiciones recomendadas para su uso en estudios epidemiológicos. Las otras cuatro son:

-Lactancia Materna Predominante: leche materna más té, jugos o agua.

-Lactancia Materna Completa: LME+LMP.

-Lactancia Materna Parcial: leche materna más otra leche o papilla.

-Destete: no se alimenta con leche materna.

Según diversos autores, varios factores influyen negativamente en el inicio y sostenimiento de la Lactancia Materna (citado por Hernández Aguilar): madre adolescente, trabajo materno, regalos de la industria, prácticas asistenciales desfavorecedoras, hijos previos, embarazo no controlado, mamaderas y chupetes en el lugar de atención del parto, cesárea, enfermedad materna o neonatal, prematuridad, bajo peso al nacer.

La evidencia indica que la promoción de la LME no solo beneficia a los niños, sino también a sus madres y la sociedad toda.

El impulso de la Iniciativa Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño permitirá a los equipos de CONSTRUIR SALUD revisar y modificar positivamente sus prácticas de atención a embarazadas y niños menores de un año, lo que deberá reflejarse en la progresiva mejora de los indicadores de LME al nacimiento, 4° y 6° meses, incluidos en el Eje Sanitario Materno Infantil, uno de los cinco Ejes del sistema de evaluación del Programa de APS de la Obra Social (fuente del dato: Historia Clínica Familiar y Ficha de Control del Niño Sano).

Descripción demográfica:

La población de CONSTRUIR SALUD, Obra Social del Personal de la Construcción, asciende a 704.450 beneficiarios a julio 2016 (fuente: AFIP) distribuidos en todo el país, con una caída de aproximadamente 150.000 beneficiarios en los dos últimos años. Se caracteriza por ser una población joven (el trabajador constructor se jubila a los 55 años de edad, Ley 26.494), con numerosos hijos y una inestabilidad laboral propia de la actividad (es una de las dos actividades que tienen una legislación específica por desempleo, Ley 25.371; la otra es rurales Ley 25.191).

Durante el año 2015 se asistieron 2260 partos (48,01%) y 2447 cesáreas (51,99%) (Registros nuestros).

Las características propias de la actividad (inestabilidad laboral dada por la duración de la obra, jubilación anticipada por deterioro físico) se asocian con vulnerabilidades de las poblaciones de bajos recursos materiales y simbólicos.

De acuerdo a la 1^{ra} Encuesta Nacional a Trabajadores sobre Empleo, Trabajo, Condiciones y Medio Ambiente Laboral (Trabajo, 2009), “la población de la construcción era mayoritariamente masculina (92% Construcción vs. 65% Todas las Actividades), joven (54,4% menor o igual a 35 años) y con un nivel educativo bajo (53% Construcción vs. 28% Todas las Actividades). Se observó una mayor presencia de población migrante (19% Construcción vs 5% Todas las Actividades) y familias más numerosas (54,2% Construcción convivía con menores de 14 años vs 46,2% Todas las Actividades)”. “La composición familiar numerosa fue señalada como un elemento que incitaría a una incorporación temprana de la población al mercado de trabajo, dificultando su permanencia en el sistema educativo formal”.

Respecto de las condiciones de empleo “Revelaron una población más desprotegida que la del conjunto de las actividades. Así, la naturaleza temporal de la actividad se expresó en una menor antigüedad en la empresa (86,5% Construcción menor o igual a 5 años vs. 65% Todas las Actividades) y una menor estabilidad (más de un año de antigüedad y contrato efectivo a tiempo indeterminado) en el empleo (71,5% Construcción vs. 86% Todas las Actividades). La calificación de la tarea se condice con los niveles educativos observados, sobresaliendo las categorías de inferior calificación: sólo el 15% de la población de la construcción realizaba tareas como operario/a o profesional”.

En un sentido similar resultan ilustrativos los hallazgos realizados por Aronna y colaboradores (Aronna, Bisio, & Maidana, 2010) quienes revelan, a propósito de su caso (Relevamiento socio-sanitario de la población residente en el asentamiento “La Cava”, Barrio Toba, Rosario, a partir de septiembre de 2008), que de las personas que trabajan en forma regular, casi el 85% lo hace en la construcción; de los que lo hacen en forma irregular, el 35% tiene esta misma

ocupación; algo menos de las dos terceras partes que trabajan sin conocer su situación laboral también son constructores. Más del 82% de las viviendas relevadas tiene una sola habitación, conformando una situación de hacinamiento. Aclaran también que la edad promedio de los que trabajan es de 29 años, estando comprendido el 50% entre los 22 y los 35 años, conformando una población en edad reproductiva con problemas de salud vinculados al embarazo y la crianza de los hijos. Solo el 0.7% había consultado en su obra social, revelando dificultades para el acceso e imposibilitando el seguimiento longitudinal.

Descripción sociológica:

La lactancia puede verse como un proceso biocultural, el encuentro entre una cultura (la madre dentro de una sociedad) y una biología (el instinto del niño y el proceso neuroendócrino de la madre). Ese encuentro tan complejo requiere de una intervención prudente y sabia, que lo observe y comprenda en su totalidad, e intervenga solo si es necesario.

Las modificaciones de la pelvis humana en su proceso de hominización (Paricio Talayero, 2004) permitieron la bipedestación y la liberación de las patas anteriores, al costo de aumentar la distocia, requiriendo asistencia en el parto, convirtiendo un suceso solitario en una actividad social.

El sistema de atención de la salud, en un intento por reducir la mortalidad materna a fines del Siglo XIX, le ofreció a la mujer la atención hospitalaria del parto, reemplazando el cuidado y acompañamiento brindado por pares, por una asistencia vinculada al tratamiento de enfermedades. Se necesitó más de un siglo para proponer un modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque intercultural (Larguia, y otros, 2012), inspirado a su vez en la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN), Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa, creado por OMS/UNICEF en 1991 para promover la lactancia materna en las maternidades e implementada en la Argentina desde 1994, la que posteriormente dio origen en nuestro país a partir de 1996 (Resolución 376 Propuesta Normativa Perinatal III – Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna) de la

Iniciativa Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño, Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa.

Una MSCF tiene una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del bebé por parte del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido; implementa prácticas seguras y de probada efectividad, y fortalece otras iniciativas, como la iniciativa IHAN, que promueve fuertemente la lactancia materna.

El proceso biocultural de la lactancia se encuentra atravesado también por las modificaciones que impuso a la mujer el desarrollo capitalista. Como refieren Gámez y Ángeles (Gámez & Ángeles, 2005) “El que la definición neoclásica temprana de trabajo involucrara los conceptos de mercado y salario, eliminó el trabajo doméstico o familiar de los análisis económicos y, con ello, la contribución de la mujer al crecimiento económico.”

Estos mismos autores sostienen “Cuando, en la primera mitad del siglo XX, la diferencia salarial entre hombres y mujeres fue motivo de estudio, la discusión se centró no en consideraciones de género sino en la dinámica del mercado.”

Más adelante, afirman “En ciertos ámbitos, la incorporación de la mujer al mercado de trabajo era vista como favorecedora del desarrollo femenino. En su análisis pionero del desarrollo con excedentes de mano de obra, W. Arthur Lewis opinaba en 1955 que “las mujeres se benefician del crecimiento [de la economía] aún más que los hombres [...] se ven emancipadas del tedio del trabajo doméstico, de estar atadas al hogar, y reciben finalmente la oportunidad de ser seres humanos completos ejercitando su mente y sus talentos en la misma forma que los hombres”.

En el marco de la teoría del capital humano (Theodore Schultz y su discípulo Gary Becker), la menor remuneración de las mujeres y la segregación ocupacional por sexo es explicada porque las mujeres “preferirían” ciertos tipos de trabajo y las

empresas “elegirían” emplearlas en tales ocupaciones. Esta teoría fundamenta que las mujeres ganan menos que los hombres porque son menos productivas, debido a que han recibido menor educación y han acumulado menor experiencia como consecuencia de las interrupciones vinculadas al matrimonio y los embarazos.

Descripción interdisciplinaria e intersectorial:

De acuerdo con Carballada, “la interdisciplina no es ni más ni menos que la confrontación en el diálogo de distintas visiones de mundo traducidas en conocimiento” (Carballada).

La práctica médica, orientada a la curación, no parece suficiente para comprender el proceso biocultural de la lactancia. La práctica de enfermería, orientada al cuidado, puede ampliar la mirada. Pero se requiere sumar las perspectivas al menos de psicólogos y trabajadores sociales. Este diálogo de visiones puede hacer posible observar y comprender.

Iniciativas tales como MSCF e IHAN requieren del equipo de salud una profunda reflexión sobre sus prácticas asistenciales. En el caso de la lactancia materna, debe considerarse también la presión practicada por la industria de la lactancia artificial. Dicha presión se ejerce sobre los integrantes del equipo de salud, desafiando no solo sus conocimientos sino también sus convicciones. Todo ello opera como limitación para el trabajo interdisciplinario.

Castell Florit-Serrate afirma que la intersectorialidad “consiste fundamentalmente en convertir la cooperación fortuita o casual en acciones que lideradas por el sector salud se orienten estratégicamente a aquellos problemas, donde las actividades de otros sectores pueden ser decisivas” (Castell Florit-Serrate, 2003).

Este mismo autor afirma que “las personas no pueden alcanzar su total potencial de salud a menos que ellas sean capaces de controlar los factores que determinan su salud... pero con algunos aspectos complejos, que tienen que ver con el estilo de vida, el control se debe ejercer además mediante las decisiones y la acción comunitaria”. Son innumerables los beneficios asociados a la lactancia materna, tanto para el niño (reducción de los episodios de diarrea, infección respiratoria,

eczema, enterocolitis necrotizante en prematuros, diabetes mellitus tipo 1, hipertensión arterial, obesidad), las madres (reducción del número de casos de cáncer de mama, cáncer de ovario, menor obesidad y anemia pos parto y mayor duración de la amenorrea reduciendo la posibilidad de un nuevo embarazo, mayor apego) y la familia y la sociedad (protección del ingreso económico que debiera destinarse a sucedáneos de la leche materna o episodios de enfermedad en el niño, reducción del tiempo requerido por la lactancia artificial, protección de los fondos destinados a salud, evita el daño al ambiente que la producción y utilización de sucedáneos de la leche materna genera) (UNICEF/OMS, 2008).

Pero en este caso, los determinantes señalados por Castell Florit-Serrate no están bajo el control de la madre, sino de la sociedad toda. En ese sentido, en una ponencia presentada ante el XII Congreso FEDALMA (Federación Española de Asociaciones Pro-Lactancia Materna) 2015, el Dr. José María Paricio Talayero sostuvo:

“La crianza de proximidad propia necesariamente (de otro modo la supervivencia no estaba asegurada) de los grupos nómadas depredadores paleolíticos comienza a desaparecer y desde entonces hasta hoy se ha reforzado por medio de múltiples mecanismos de índole cultural que, aunque disfrazados de argumentos filosóficos, morales, teológicos, supersticiosos o incluso proteccionistas y hasta científicos, no pueden esconder una terrible realidad: el odio cultural de género, el poder del hombre sobre la mujer, la misoginia en toda su extensión, el desprecio infinito a la mujer, a su mente, si es que se la considera, y a su cuerpo”.

Más adelante señaló: “No obstante, no hay excusa: a nadie se le escapa que las formulas infantiles no son la causa de la perdida de la lactancia sino su consecuencia, algo buscado por los humanos desde hacía milenios. Somos la única especie dentro de los mamíferos que, de forma sistemática y voluntaria hemos cambiado la forma de alimentar a nuestras crías, con una forma de hacer en su consecución en la que nada se evaluó y mucho se desvirtuó y unas duras consecuencias que aún se trata de minimizar desde múltiples sectores interesados”.

Estas severas afirmaciones, dan cuenta de una mujer con la autonomía vulnerada cuando menos por la industria de los alimentos, la que difícilmente podrá controlar los determinantes de su salud y los de la salud de su hijo.

Retomando la propuesta de la intersectorialidad, se pueden desarrollar alianzas con los diversos grupos que promueven la lactancia materna.

Las instancias de capacitación en lactancia de los equipos (Paso 2 de la Iniciativa) son oportunidades de contacto con autoridades y expertos. Estos últimos representan los intereses no solo de los profesionales comprometidos en el tema, sino de las propias mujeres.

Castell Florit-Serrate coincide con Cunill-Grau, cuando esta última afirma, por un lado, que la integración entre sectores posibilita la búsqueda de soluciones integrales, asignándole un fundamento expresamente político; y por el otro, la integración entre sectores permite que las diferencias entre ellos puedan usarse productivamente para resolver problemas sociales, remitiendo a un fundamento técnico (Cunill-Grau, 2014).

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS Organización Panamericana de la Salud, 2008), dentro de los elementos esenciales que definen los Sistemas de Salud basados en la APS, “La atención integral e integrada significa que el rango de los servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la provisión de servicios de promoción, prevención, diagnóstico precoz, curación, rehabilitación, atención paliativa y apoyo para el auto-cuidado. La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa. Para que sea integrada, la APS requiere de la coordinación de todos los niveles de atención del sistema de salud”.

En cambio, Cunill-Grau afirma que la integralidad se constituye en la base de la intersectorialidad, y que integralidad e integración aparecen como las dos caras de una misma moneda. Afirma también que intersectorialidad no es meramente un sinónimo de la coordinación interinstitucional. La coordinación es necesaria, pero no suficiente.

Más adelante, aclara que la integración de los sectores se comportaría como una variable causante de la integralidad y, a la vez, causada de las elecciones que se hagan en relación con cada una de las cuatro preguntas, a saber: qué se integra, quiénes intervienen, dónde se produce, cómo se realiza.

OBJETIVOS

1. Analizar críticamente la incorporación de una intervención tendiente a recuperar la cultura de la lactancia materna en un programa de atención primaria de una obra social sindical de alcance nacional.
2. Identificar los factores que actúan como facilitadores o barreras para la adhesión de los equipos a la intervención.
3. Identificar los factores que actúan como facilitadores o barreras al acceso de las madres a la intervención.

DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

Desde noviembre de 1992 CONSTRUIR SALUD, la Obra Social del Personal de la Construcción (O.S.Pe.Con.), una obra social sindical de alcance nacional, tomó la decisión de cambiar su Modelo de Atención, adoptando el modelo de Atención Primaria de la Salud: Programa Nacional de Atención Primaria basado en la Medicina Familiar.

Esa particular relación entre el Justicialismo y los Sindicatos, que marca Ramiro Huber (Huber, Sistemas de Salud, definición y orígenes, 2016), es lo que explica el origen de la obra social. El Programa se puso en marcha como una respuesta a un escenario de subprestación y sobrefacturación que pusieron en riesgo la sustentabilidad de la obra social.

Aunque la mayor parte de la coordinación del Programa se encuentra en la Ciudad de Buenos Aires, el mismo se concreta en cincuenta (50) Centros Médicos de Atención Primaria (CeMAP) que cubren todo el territorio nacional. Tienen presencia en casi todas las capitales de provincia (excepto Rawson, Viedma y

Santa Rosa) y en varias de las principales ciudades del país. Los equipos están conformados prioritariamente por médicos de familia, pero también participan enfermeros, pediatras y tocoginecólogos. De acuerdo al tamaño del CeMAP, pueden participar otros especialistas médicos lineales, kinesiólogos, psicólogos, trabajadores sociales, obstétricas, fonoaudiólogos, nutricionistas y odontólogos. El equipo está conducido por un coordinador médico, que puede estar secundado por un subrogante. Los administrativos están conducidos por un encargado. La dependencia de los integrantes no es única, lo que puede traer dificultades de comunicación. Los equipos no solo brindan servicios asistenciales y administrativos en el CeMAP, sino también organizan charlas, talleres y visitas a obras de la construcción para realizar tareas de promoción y prevención.

A excepción de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, donde existe un Sanatorio propio (Sanatorio Victorio Franchín), en el resto del país hay una extensa red de prestadores de exámenes complementarios y sanatoriales contratados, que excede las localidades con presencia de CeMAP, lo mismo que la red de cobertura de Farmacias. Su distribución está regulada por la obra de la construcción y la presencia de afiliados, por lo que en ocasiones hay que recurrir a sistemas ad hoc (ejemplo: la traza del Gasoducto del NEA atraviesa territorios sin prestadores de salud. En esos casos hay que organizar sistemas de transporte de pacientes o sistemas de atención en obra).

La obra social tiene tres sedes de residencia en medicina familiar (CABA, Rosario y Tucumán) y hay también residencias de cirugía general, clínica médica, ortopedia y traumatología, cardiología y terapia intensiva en el Sanatorio Franchín. La capacitación en servicio funciona regularmente desde hace varios años. Durante el año 2016 se llevaron a cabo capacitaciones para el área psico-social, para enfermería y continuó la formación en gestión para coordinadores.

Existe un amplio catálogo de Guías de Práctica Clínica y Normas Asistenciales.

A partir de 2010 se inició un proceso de evaluación continua del Programa en base a cinco Ejes Sanitarios y cuarenta y cuatro Indicadores.

En los comienzos del Programa apenas se cumplía con la obligación básica en cobertura de medicamentos. Hoy se cuenta con un variado sistema, que va desde

la provisión directa a los beneficiarios en la mayoría de los CeMAPs por medio de botiquines, símil REMEDIAR, pasando por una extensa red de farmacias, hasta una compleja auditoria que registra y envía medicamentos a todo el territorio nacional.

El valor destacado es la solidaridad (aporte basado en el mérito, consumo basado en la necesidad) intentando realizar el derecho a la salud prestando atención a la equidad. Sin embargo, la libre elección de obras sociales impuestas en los '90 introdujo componentes de individualismo.

Con respecto a los principios, es imposible alcanzar la universalidad en un sistema segmentado y fragmentado como el argentino. Precisamente el Programa de APS intenta alcanzar el máximo de integralidad e integración en la atención.

Lo mismo que para los valores, la desregulación de los '90 trajo competencia; la incorporación de otros colectivos de la producción (monotributistas) restó solidaridad al sistema, al introducir aportes basados en montos fijos.

La población de referencia de la obra social, reiteramos, son los trabajadores constructores y sus familias: población joven, con numerosos hijos y una inestabilidad laboral propia de la actividad, lo cual vuelve difícil la longitudinalidad en el cuidado, una de las cuatro características básicas de la atención primaria (las otras tres: accesibilidad, coordinación e integralidad).

Como se mencionó anteriormente, la solidaridad es el valor más destacado de la Obra Social, intentando que la equidad no se reduzca. En cuanto a los principios, la integralidad está garantizada en el caso de O.S.Pe.Con. por el modelo de atención, tratando de alcanzar la universalidad.

Respecto de las perspectivas de APS, prevalece APS como Estrategia de organización de los servicios, o APS ampliada (Huber, Sistemas centrados en APS, 2016). Incluye participación a través de los cuerpos de delegados y comisiones internas. En muy pocas oportunidades alcanza algún grado de coordinación intersectorial, siendo un ejemplo el abordaje de las adicciones, donde se articula con diversos sectores públicos y de organizaciones no gubernamentales. Trata de responder a los determinantes, alcanzando mayor aunque discreta eficiencia con los individuales frente a los colectivos. No puede

garantizar acceso y cobertura universal, ya que se trata de una de las muchas organizaciones del subsector de la seguridad social. Intenta favorecer el autocuidado. Paulatinamente incorpora tecnología apropiada y costo efectiva. En el caso particular de esta obra social se cumple la paradoja de que la “estrategia” no fue formulada como tal (Rovere, 2012): la APS comenzó siendo una robusta y extensa puerta de entrada al sistema, pero con débiles y por momentos inexistentes relaciones con los otros niveles asistenciales. Aunque el Programa siempre tuvo relación con las instancias de decisión política, el nivel sanatorial, como es tradicional, había desarrollado su influencia, y demandó muchos años y esfuerzo llegar a, siquiera, disputársela.

En cuanto a las prácticas, la coherencia con Valores y Perspectivas de APS se consiguió a través de etapas e instrumentos progresivos: se partió de la definición de un modelo de APS basado en la medicina familiar, entendiendo que esa especialidad tenía la capacidad de resolver el 80% de los motivos de consulta; se equiparon los centros médicos de manera de materializar esa capacidad resolutoria y el cumplimiento del modelo (Historia Clínica Familiar Orientada a Problemas); se elaboraron guías de práctica clínica que redujeran la variabilidad; se establecieron normas para articular la relación con los otros niveles asistenciales, de manera de fortalecer la integralidad y longitudinalidad; se brinda capacitación tanto clínica como de gestión; a partir de la definición de cinco ejes sanitarios se establecieron metas para la evaluación permanente del modelo.

Respecto del modelo de gestión (político) (Tobar, 2000), ya hemos hablado de los Valores. Al analizar las Funciones, el financiador decidió asumir también la función proveedora constituyendo un primer nivel de atención, informando y estimulando a la población para la realización de prácticas preventivas.

La apertura y puesta en marcha de los CeMAPs con presencia en las ciudades cabeceras gremiales más importantes del país, hizo que se constituyeran en la puerta de entrada al sistema, y al mismo tiempo, pero en forma progresiva, fueran articulando y organizando todo el sistema de atención, a partir del conocimiento y seguimiento de la población beneficiaria que demanda servicios, a través de una atención continua e integral. Es por lo tanto una lógica de APS de puerta de

entrada tendiendo a otra que de mínima oriente y de máxima coordine el sistema de salud (Bascolo).

El Programa de APS no alcanza a tener funciones de rectoría, por lo que debe negociar de manera permanente con los sectores tradicionales (que en este caso están representados por Sanatorios y Clínicas, aunque también participan Hospitales públicos de distinta dependencia así como Colegios y Asociaciones Médicas).

En el vínculo con los equipos de salud, prevalecen las normas burocráticas por sobre los valores compartidos, lo que impide consolidar un colectivo homogéneo que pueda actuar políticamente de manera organizada.

La población, debido a la inestabilidad propia de la actividad laboral, tampoco colabora participando activamente. Solo lo hacen las autoridades sindicales, que manejan su propia agenda, la que también varía de seccional en seccional.

Los resultados son, luego de todos estos años, una drástica reversión del porcentaje de consultas propias (inicial 20%, actual 80%), una elevación de la calidad asistencial y del compromiso de los trabajadores de la salud con la población beneficiaria; el desarrollo de numerosas instancias de capacitación; la elaboración, revisión y distribución de guías de práctica clínica; un sistema de evaluación del Programa en funcionamiento; un robusto y complejo sistema de provisión de medicamentos con ágiles sistemas de auditoría.

El modelo de protección social del sistema de salud es un típico modelo de Seguro Social (Bismarckiano, aunque en la Argentina se lo denomine Seguridad Social, confundiéndolo con el Beveridgiano), con la impronta justicialista (Obras Sociales Sindicales): los sindicatos organizan la cobertura de sus afiliados financiándose con los aportes y contribuciones de trabajadores y empresarios, y proveyendo servicios propios (como el caso de esta obra social) o contratados. El Estado regula el sistema. Como señala Huber (Huber, Sistemas centrados en APS, 2016), se trata de una Competencia Estructurada, dentro del crisol argentino de modelos. Por estar constituida la población beneficiaria por familias jóvenes y numerosas, una gran parte de la tarea está vinculada a la salud materno-infantil. En ese sentido, y desde fines de 2013, el autor integra un equipo que está llevando

adelante la Iniciativa Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño (Nación, 2002) Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa.

Esta innovación institucional en el Programa de APS, ha demostrado en otros numerosos lugares mejorar las tasas de LME al 6º mes, y tiene suficiente potencialidad para garantizar, con la introducción de otros alimentos, que la misma se sostenga luego de ese período.

Todas las características descritas de la obra social proponen ventajas y desventajas respecto de la promoción de la lactancia materna, a saber:

-Son ventajas la solidaridad típica del sistema, la integralidad y longitudinalidad propuestas por el modelo de atención, la existencia de guías de práctica clínica (hay una específica sobre lactancia materna), la capacitación en servicio, la evaluación permanente de los indicadores de cobertura de LME (al nacimiento, cuarto mes y sexto meses), el alto porcentaje de consultas propias.

Aunque en la relación con los equipos prevalecen las normas burocráticas sobre los valores compartidos, la promoción de la lactancia exige que cada equipo elabore una política escrita (Paso 1 de la Iniciativa), lo que constituye un excelente ejercicio de construcción de valores compartidos, haciendo que los “convencidos” superen a los “obligados”.

-Dentro de las desventajas se destaca la por momentos conflictiva relación con los niveles sanatoriales, lo que debilita la posibilidad de un inicio seguro de la lactancia materna. La movilidad típica de la población beneficiaria tampoco contribuye.

La coyuntura política nacional inaugurada en diciembre de 2015 impacta severamente sobre el sindicato y la obra social: la obra pública se ha visto reducida intentando con ello contener el déficit fiscal; esto produjo desocupación y consecuente caída de los aportes.

Esto podría provocar ajustes presupuestarios que debilitarían el desarrollo de los programas en marcha, como es el caso de la promoción de la lactancia materna.

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Descripción intersectorial desde un abordaje territorial:

Habiéndose identificado entonces que el problema es la baja tasa de LME en los niños menores de seis meses y complementada en los niños de dos años o más, la decisión que toma la obra social es desarrollar la Iniciativa Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño, para la Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna (Resolución 660/2002 Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación) (Nación, 2002).

La Iniciativa propone Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa, a saber:

1. Disponer de una política escrita sobre Lactancia Materna, que sea conocida por el equipo de salud y la comunidad.
2. Capacitar a todo el equipo de salud y a miembros de la comunidad.
3. Informar a embarazadas, madres de lactantes y sus grupos familiares, sobre los beneficios de la Lactancia Materna y las habilidades para su práctica.
4. Incluir sistemáticamente información sobre Lactancia Materna y el examen de mamas en la consulta obstétrica.
5. Utilizar toda oportunidad de contacto con embarazadas, madres y bebés para apoyar la Lactancia Materna.
6. Brindar especial apoyo a embarazadas y madres con riesgo de abandono precoz y/o dificultades en la Lactancia Materna.
7. Fomentar la Lactancia Materna exclusiva durante los primeros seis meses, incorporar alimentación complementaria oportuna a partir de esa edad y estimular la Lactancia Materna hasta los dos años o más.
8. Asesorar sobre técnicas de extracción y conservación de leche a todas las madres, especialmente a las que trabajan y/o deban separarse de su bebé. Informar sobre los derechos que las protegen.
9. Respetar el “Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna” en todos los aspectos.
10. Estimular la formación de grupos de apoyo a la Lactancia Materna y vincular a las madres con los mismos.

Los Centros de Salud, para ser reconocidos como Amigos de la Madre y el Niño, deben someterse a una evaluación externa que dé cuenta del cumplimiento de esos Diez Pasos.

El abandono de la lactancia como cultura de crianza de proximidad es un tema que excede el campo de la salud. En ese sentido interpela a diversos sectores (trabajo, educación, espacio público, entre otros) y las propuestas y respuestas son variadas y no pocas veces contradictorias, por lo que se impone adoptar una política de amplias alianzas para intentar superar estas contradicciones.

La Iniciativa les propone a los equipos de atención primaria reflexionar sobre sus prácticas de cuidado de la salud del binomio madre-hijo, intentando identificar y modificar aquellas que puedan operar como barreras al inicio y mantenimiento de la lactancia materna.

Los centros de salud son los responsables del control de la salud de las embarazadas y sus niños, por lo tanto tienen una oportunidad estratégica de intervenir para favorecer la lactancia. Si bien la misma se inicia en las maternidades, el centro de salud deberá dialogar con las mismas e intentar influir para que dicho inicio pueda concretarse, apoyándose en las iniciativas específicas (Iniciativa Hospital Amigo del Niño, Maternidad Segura y Centrada en la Familia) para ese nivel asistencial.

Descripción desde el acceso y la equidad:

Ya ha sido aludido el tema de la inestabilidad laboral propia de la actividad de la construcción como una barrera estructural al acceso, ya que la actividad / inactividad del titular, en general el padre de familia, condiciona la atención del embarazo y parto de su esposa, y el posterior control de crecimiento y desarrollo de su hijo / hija, lo que pone a las familias en situación de vulnerabilidad en grado variable y en forma cíclica. El lenguaje que emplea la obra social en esos casos confirma esta situación: pérdida de cobertura, desafiliación.

Las barreras al acceso se clasifican en geográficas, financieras, administrativas o institucionales y socioculturales (Campo-Arias, Oviedo, & Herazo, 2014).

En el caso concreto de la Obra Social del Personal de la Construcción, los CeMAPs se encuentran en los cincuenta centros urbanos más importantes del país, lejos de las viviendas de los trabajadores constructores, que generalmente se localizan en los suburbios. Esto por un lado opera como barrera al acceso a su obra social, por el otro lo expone a la oferta del sector público, que tanto en el nivel provincial como municipal en general tiene efectores más cercanos a esas viviendas. Además, cuando la familia constructora no tiene el beneficio de la obra social es usuaria habitual de ese subsector. Todo ello opera como una doble oferta permanente que afecta la continuidad y longitudinalidad propuestas por el Programa Nacional de Atención Primaria de la Obra Social.

Por ese mismo motivo, la principal barrera financiera es el costo del transporte, al que se suma los co-seguros autorizados por la Superintendencia de Servicios de Salud, del que están exentas las embarazadas y puérperas hasta el mes posparto y los niños hasta el año de edad. Respecto del transporte, considérese también que hay beneficiarios que tienen que recorrer largas distancias para alcanzar ciertos niveles de atención, esto en general no sucede con las embarazadas y puérperas, salvo en los pocos casos de embarazos de alto riesgo y prematuros extremos.

Debe considerarse también una barrera financiera la acotada licencia por paternidad que limita la participación del padre en el control del embarazo y en el puerperio mediato; y pone en riesgo la continuidad de la lactancia cuando la madre, que tiene noventa días de licencia por maternidad, tiene que regresar a su empleo.

Sobre estas dos barreras no podrá operar la Iniciativa Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño para la Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna. Son precisamente las barreras administrativas o institucionales y socioculturales las que ya han comenzado a identificarse para poder planificar intervenciones.

Debido a lo inestable de la actividad de la construcción y a la falta de otra identificación de beneficiario, en cada oportunidad de atención este debe exhibir el último recibo de haberes del titular, actuando esto como una barrera organizacional.

Como toda institución de salud, la Obra Social, a pesar de haber adoptado hace muchos años el modelo de atención primaria basado en la medicina familiar, ejecuta procesos asistenciales tradicionales: admisión por parte de administrativos, variable control en enfermería y posterior ingreso al consultorio o gabinete del profesional en donde, si bien se han elaborado y difundido guías de atención, la variabilidad también impera.

En todos estos años no hemos conseguido consagrar la consulta programada como espacio protegido para el control del embarazo y del niño menor de un año, respondiéndose en la mayor parte de los centros médicos de manera espontánea a la solicitud de atención. Si bien esto asegura el acceso a la mayoría de la población demandante de servicios, no permite jerarquizar la consulta ni garantizar espacios de promoción y prevención dentro de la misma, constituyendo una situación de inequidad.

Si bien el cuidado materno infantil tiene prioridad asistencial, la lactancia no es identificada por las áreas administrativas como un problema de salud jerarquizado (que requiere respuesta inmediata), lo cual puede poner en riesgo la continuidad de la misma. Tratándose de un proceso cultural tan complejo, es necesario proponer cambios en la “escucha” (Franco, Bueno, & Merhy, 1999) de todo el equipo asistencial, para identificar adecuadamente la necesidad expresada.

Con respecto al comienzo del proceso de lactancia, con excepción de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, donde la obra social cuenta con un Sanatorio propio, en el resto del país el segundo nivel asistencial, donde se produce el nacimiento (parto o cesárea) está a cargo de prestadores contratados, a los que no siempre es posible sumar a la Iniciativa y promover cambios en la atención del nacimiento que eliminen prácticas que actúen como barreras al inicio de la lactancia.

En cuanto a las barreras socioculturales, los roles tradicionales asignados a los géneros pueden operar como barreras a la continuidad de la lactancia pero también al acceso a la atención de salud de la madre. Con excepción del amamantamiento, el resto de las prácticas vinculadas a la crianza pueden ser realizadas tanto por el padre como la madre, y aún algunas de ellas pueden ser realizadas por hermanos a partir de cierta edad. La equitativa distribución de esas

tareas es un tema que deberá ingresar a la agenda preventiva de los equipos, a trabajar durante el embarazo como parte del proyecto de alimentación del futuro hijo.

Como demostró la 1^{ra} Encuesta Nacional a Trabajadores sobre Empleo, Trabajo, Condiciones y Medio Ambiente Laboral (SRT, 2009), la actividad de la construcción concentra población con nivel educativo bajo, familia numerosa y migrante, todo lo que hace difícil no reproducir la ruta de los desarraigados pobres que emigran a las ciudades, probablemente asociado a falta de recursos simbólicos, culturales y sociales. Todo esto es causa de situaciones de vulnerabilidad (ausencia de lazos sociales o de trabajo) como señala Castel citado por Herrmann (Herrmann, 2014).

En la perspectiva de Hernández-Álvarez (Hernández-Álvarez, 2008), si bien discursivamente la obra social propone salud como desarrollo de proyectos de vida, el modelo médico hegemónico (del que no se ha podido desprender aún) hace que sus prácticas se acerquen más a salud como ausencia de enfermedad.

Descripción desde los procesos de atención:

Tratándose de la recuperación cultural de la lactancia materna, la Iniciativa Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño desafía no solo los conocimientos, sino también las creencias y valores de los equipos de salud, todo lo cual termina expresándose en prácticas que pueden facilitar pero también obstaculizar esta recuperación cultural.

El impulso de la Iniciativa permitirá a los equipos revisar y modificar sus prácticas de atención a embarazadas y niños menores de un año, lo que deberá reflejarse en los indicadores de LME al nacimiento, 4^o y 6^o meses.

Si bien muchas prácticas que favorecen la lactancia materna se llevan a cabo en el segundo nivel asistencial (apoyar y favorecer la lactancia materna en sala de partos; facilitar el contacto piel a piel inmediatamente después del nacimiento de acuerdo al estado de salud del binomio; priorizar el pinzamiento oportuno del cordón y el acople al pecho materno frente a otras prácticas esenciales más no urgentes como antropometría, identificación del recién nacido, vitamina K, vacuna

Hepatitis B y profilaxis oftálmica; consejo y apoyo si fuera necesario en esta primera toma, permitiendo el tiempo necesario para la alimentación; favorecer la lactancia materna a través de la internación conjunta; evitar la administración de líquidos a través de mamaderas o el uso de chupetes), muchas otras se llevan a cabo en el primer nivel, tanto durante el control del embarazo (elaboración con la madre del proyecto de alimentación del futuro hijo, educación sobre producción de leche materna y eyección de la misma, cómo se inicia la lactancia inmediatamente después del parto, técnicas de lactancia y posicionamiento, técnicas de extracción y conservación, prevención de afecciones de la mama y el pezón) como durante el control del crecimiento y desarrollo del recién nacido.

Deberá entonces no solo revisarse los procesos asistenciales del primer nivel, si no también alcanzar consensos respecto a los que se llevan a cabo en el prestador de segundo nivel.

Deberá incorporarse al padre a los controles de embarazo, abriendo la discusión acerca de la organización del hogar para las tareas de crianza.

Deberá preverse asimismo acceso a consultas espontáneas protegidas toda vez que la madre tenga alguna duda o dificultad con la lactancia, a fin de resolverla.

Descripción desde la coordinación y/o continuidad de la atención:

Ya ha sido señalado que la coordinación es una de las cuatro características básicas de la atención primaria. Para que sea integrada, la APS requiere de la coordinación de todos los niveles de atención del sistema de salud.

En el caso de la Obra Social prevalece la perspectiva de APS como Estrategia de organización de los servicios, o APS ampliada. La única posibilidad de integralidad (y de continuidad) es acordar un plan de acción con los prestadores de segundo nivel, que va más allá de un contrato.

La continuidad resulta esencial porque no solo asegura el acceso (la Obra Social garantiza un equipo interdisciplinario responsable por la salud, al menos de la población que solicita atención) sino que además garantiza la atención desigual (en el sentido de la equidad vertical) para los distintos problemas desde una perspectiva integral.

Definimos continuidad de atención a una oferta de servicios personalizada a lo largo del tiempo (longitudinalidad), tanto de servicios preventivos como curativos, teniendo en cuenta las necesidades y preferencias del paciente (centrada en la persona y no en la patología).

La continuidad interpersonal (de relación) es esencial pero no suficiente, requiere la continuidad de información (Pini, Fortalecimiento de la Continuidad Asistencial. Unidad I, 2013).

En la red de la Obra Social está garantizada la continuidad de información a través de la Historia Clínica Familiar Orientada a los Problemas (familigrama o genograma; lista de problemas; evolución por SOAP, Lawrence Weed, 1968); y la continuidad de relación, ya que se prioriza el médico referente (anualmente se evalúa a través de una encuesta) habiendo una importante estabilidad de los equipos.

Habitualmente, el control del embarazo de riesgo habitual (la inmensa mayoría) se realiza en los CeMAPs de la Obra Social, a cargo de los Médicos de Familia. Dentro del control se promueve la lactancia materna, acordando con la embarazada el proyecto de alimentación de su futuro hijo, haciendo lugar al derecho de ambos.

La embarazada recibe “Mi agenda del embarazo” donde tanto ella como el equipo de salud encontrarán mensajes vinculados a la promoción y la prevención, así como espacios para registrar cambios o dudas que luego se trasladarán a la consulta.

El control del niño también se realiza en los CeMAPs a cargo de los Médicos de Familia, donde se supervisa el proceso de lactancia, interviniéndose en caso de dudas o dificultades.

Pero el inicio de la lactancia materna debe producirse idealmente en la sala de partos (la denominada primera hora de oro), a cargo de profesionales pertenecientes a instituciones contratadas por la obra social, con convenios que pueden ser por cápita o por prestación.

Habitualmente solo se emplean formularios de referencia-contrareferencia para algunos pacientes con patología. En el caso de las embarazadas se utiliza el

Carnet Perinatal en el que se registran todos los datos vinculados a cada visita de control de embarazo, al que se suman los datos sintéticos vinculados al parto, puerperio y datos del recién nacido.

Pero no existen espacios compartidos entre el primer y segundo nivel para acordar procesos de trabajo (Pini, Mecanismos de promoción / limitantes de la continuidad y coordinación de la atención. Unidad III, 2013).

Estos acuerdos deberían abordar aquellas prácticas que cuentan con evidencia favorable al inicio y sostenimiento de la lactancia materna:

- Luego de la expulsión del recién nacido, el mismo deberá ponerse de inmediato en contacto piel a piel con la madre: mejora la estabilidad fisiológica de la madre y el recién nacido; incrementa la conducta materna de apego; protege de los efectos negativos de la separación (protesta temprana / desesperación tardía); favorece el desarrollo óptimo del sistema nervioso del recién nacido.

- Le seguirá el pinzamiento oportuno del cordón, estimulándose el acople al pecho materno.

- Una vez concretadas estas tres acciones, se procederá con la antropometría e identificación del recién nacido, vitamina K, vacuna Hepatitis B y profilaxis oftálmica.

- Se evitará la aspiración sistemática y se retrasará el baño según estado clínico del bebé y deseo de la familia.

Hay circunstancias que favorecerán la celebración de estos acuerdos:

- Que la institución haya sido reconocida como Maternidad Segura y Centrada en la Familia y / o como Hospital Amigo de la Madre y el Niño.

Pero también habrá que estar atento a aquellas que actúen negativamente:

- Que la institución tenga tasas elevadas de aquellas prácticas de atención del parto que interfieren con el inicio y sostenimiento de la lactancia materna: falta de acompañamiento familiar y profesional durante el trabajo de parto; anestesia peridural; amniotomía; episiotomía; cesárea; falta de acompañamiento profesional durante el puerperio para superar dudas o dificultades vinculadas con la lactancia.

El monitoreo se realiza a través de las ya mencionadas tasas de LME al nacimiento, 4º y 6º meses. Pero habrá que sumar indicadores que den cuenta de la situación inicial en el prestador de segundo nivel y de impacto luego de la puesta en marcha de los espacios compartidos entre el primer y segundo nivel para acordar procesos de trabajo:

- Tasas de las prácticas de atención del trabajo de parto / parto que desfavorecen el inicio y sostenimiento de la lactancia materna (falta de acompañamiento durante el trabajo de parto, anestesia peridural, amniotomía, episiotomía, cesárea, falta de acompañamiento durante el puerperio para superar dudas o dificultades vinculadas con la lactancia).

- Descripción y secuencia de las prácticas que se realizan inmediatamente luego de la expulsión del recién nacido.

- Número de reuniones en las que se acuerden procesos de trabajo compartidos favorables al inicio y sostenimiento de la lactancia materna.

El análisis FODA consiste en realizar una evaluación de los factores fuertes y débiles que, en su conjunto, diagnostican la situación interna de una organización, así como su evaluación externa, es decir, las oportunidades y amenazas.

Inicialmente se elaboran los cuatro listados:

- Listado de fortalezas internas claves:

 - Un Programa Nacional de Atención Primaria basado en la Medicina Familiar de la Obra Social con 25 años de experiencia.

 - Presencia en 50 ciudades cabeceras gremiales más importantes del territorio nacional.

 - Población superior a 700.000 beneficiarios, conformada por personas jóvenes con numerosos hijos.

 - Materno infancia es uno de los cinco ejes sanitarios estratégicos que rigen también la Evaluación del Programa, estando tres de sus indicadores orientados a la LME (al nacimiento, 4º y 6º meses).

 - La solidaridad típica del sistema permite priorizar la atención materno infantil.

 - La capacitación en servicio está incorporada a los procesos de trabajo.

Amplio catálogo de Guías de Práctica Clínica (hay una específica sobre lactancia materna) que reducen la variabilidad en la práctica.

La atención que se brinda dentro del CeMAP es todo lo integral que los recursos permiten.

El 80% de las consultas se realizan en los CeMAPs (capacidad resolutive).

Habitualmente, el control del embarazo de riesgo habitual se realiza en los CeMAPs, a cargo de los Médicos de Familia. Dentro del control se promueve la lactancia materna, acordando con la embarazada el proyecto de alimentación de su futuro hijo, haciendo lugar al derecho de ambos.

La embarazada recibe “Mi agenda del embarazo” donde tanto ella como el equipo de salud encontrarán mensajes vinculados a la promoción y la prevención.

El control del niño también se realiza en los CeMAPs a cargo de los Médicos de Familia, donde se supervisa el proceso de lactancia, interviniéndose en caso de dudas o dificultades.

Se establecieron Normas Asistenciales para articular la relación con los otros niveles asistenciales, de manera de fortalecer la integralidad y longitudinalidad.

Aunque en la relación con los equipos prevalecen las normas burocráticas sobre los valores compartidos, la promoción de la lactancia exige que cada equipo elabore una política escrita (Paso 1 de la Iniciativa Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño), lo que constituye un excelente ejercicio de construcción de valores compartidos, haciendo que los “convencidos” superen a los “obligados”.

-Listado de debilidades internas decisivas:

Inestabilidad laboral propia de la actividad, lo que vuelve difícil la longitudinalidad en el cuidado.

Los CeMAPs tienen habitualmente una situación céntrica en la ciudad, lejana a las viviendas de los trabajadores constructores, habitualmente en las periferias, lo que resta accesibilidad.

Los contratos con los prestadores de segundo nivel no garantizan la integración ni la coordinación, lo que debilita la posibilidad de un inicio seguro de la lactancia materna.

Casi no existen espacios simultáneos entre el primer y segundo nivel para acordar procesos de trabajo compartidos.

En el vínculo con los equipos de salud, prevalecen las normas burocráticas por sobre los valores compartidos.

-Listado de amenazas externas claves:

La coyuntura política nacional inaugurada en diciembre de 2015 impacta severamente sobre el sindicato y la obra social: la obra pública se ha visto reducida intentando con ello contener el déficit fiscal; esto produjo desocupación y consecuente caída de los aportes. Esto podría provocar ajustes presupuestarios que debilitarían el desarrollo de los programas en marcha, como es el caso de la promoción de la lactancia materna.

Que el prestador de segundo nivel tenga tasas elevadas de aquellas prácticas de atención del parto que interfieran con el inicio y sostenimiento de la lactancia materna: falta de acompañamiento familiar y profesional durante el trabajo de parto; anestesia peridural; amniotomía; episiotomía; cesárea; falta de acompañamiento profesional durante el puerperio para superar dudas o dificultades vinculadas con la lactancia.

-Listado de oportunidades externas importantes:

Las instancias de capacitación en lactancia de los equipos (Paso 2 de la Iniciativa) son oportunidades de contacto con autoridades y expertos.

Que el prestador de segundo nivel haya sido reconocido como Maternidad Segura y Centrada en la Familia o como Hospital Amigo de la Madre y el Niño.

Luego de plasman en la matriz:

	Factores internos	Factores externos
Aspectos positivos	Programa Nacional de APS Presencia en 50 ciudades 700.000 beneficiarios Materno Infancia 1 de los 5 Ejes Sanitarios Sistema solidario Capacitación en servicio Guías de Práctica Clínica Atención integral Capacidad resolutive Mi Agenda del Embarazo Normas Asistenciales Política de Lactancia en cada CeMAP	La Capacitación en Lactancia es una oportunidad de alianzas. Maternidad Segura y Centrada en la Familia. Hospital Amigo de la Madre y el Niño.
Aspectos negativos	Inestabilidad laboral de los beneficiarios. Localización de los CeMAPs El contrato con el segundo nivel no garantiza integración ni coordinación. Inexistencia de espacios compartidos entre niveles. Dentro de los equipos prevalecen las normas burocráticas por sobre los valores compartidos.	Coyuntura política nacional inaugurada en diciembre de 2015. Prestador de segundo nivel con tasas elevadas de prácticas de atención del parto que interfieran con el inicio y sostenimiento de la lactancia materna.

Por último, se plantean las estrategias posibles:

Estrategias FO:

- Priorizar dentro de la capacitación en servicios las capacitaciones en lactancia materna a cargo de referentes o autoridades locales.
- Favorecer los contratos con prestadores de segundo nivel que hayan acreditado como Maternidades Seguras y Centradas en la Familia y / o Hospitales Amigos de la Madre y el Niño.

Estrategias DO:

-Los contratos con Maternidades Seguras y Centradas en la Familia y Hospitales Amigos de la Madre y el Niño permitirían que en caso de pérdida de la cobertura continuara la atención por el subsistema público.

Estrategias FA:

--Los contratos con Maternidades Seguras y Centradas en la Familia y Hospitales Amigos de la Madre y el Niño permitirían evitar las prácticas de atención del parto que interfieran con el inicio y sostenimiento de la lactancia materna.

Estrategias DA:

-Introducir en los contratos con el segundo nivel cláusulas que generen espacios compartidos que incrementen la integración y coordinación.

Descripción desde el modelo de liderazgo:

Observando los modelos de liderazgo desarrollados, se pueden señalar diferencias entre el Programa Nacional de APS de CONSTRUIR SALUD y la iniciativa de promoción de la lactancia materna (ICSAMN).

En el primer caso el campo del sistema de protección social en salud (Báscolo & Yavich, Capacidades del liderazgo colectivo, dinámico y relacional para producir lógicas de APS en los sistemas públicos de salud en América Latina. Un estudio de casos múltiples, 2014) está en cabeza de la propia obra social, que es legítima y legalmente responsable por la salud de sus beneficiarios, aunque con un permanente cuestionamiento del prestador de segundo nivel sanatorial (campo profesional). Los equipos locales no son habilitados por el contrato con el segundo nivel para constituirse en un actor influyente con poder de regulación.

La perspectiva de APS, que hoy podríamos caracterizar como Estrategia de organización de los servicios o APS ampliada, comenzó siendo una robusta y extensa puerta de entrada al sistema, pero con débiles y por momentos inexistentes relaciones con los otros niveles asistenciales. Las concepciones

subyacentes fueron como marco conceptual Alma Ata y como recurso estratégico la medicina familiar.

Podríamos concluir que se recorrió el devenir histórico mencionado por Báscolo y Yavich (Báscolo & Yavich, Influencia de los procesos regionales de difusión de lógicas de APS sobre la dinámica de cambio en el nivel local, 2014): se comenzó priorizando la prevención sobre la curación, para pasar a un sistema de salud integral, intentando en el momento actual la coordinación del sistema de servicios de salud.

Las prestaciones de salud incorporadas estuvieron vinculadas a la figura del Médico de Familia como referente para todo el grupo familiar: promoción de la salud (control del embarazo de bajo riesgo, control del crecimiento y desarrollo del niño, consejería sobre hábitos y nutrición, acceso a métodos anticonceptivos) y prevención de la enfermedad (examen periódico de salud en adultos, prevención de la violencia familiar y las adicciones).

Sin embargo, la conformación del equipo de salud también consideró a Pediatras y Tocoginecólogos (integrantes del denominado EBAMP, equipo básico de atención médica primaria) así como Psicólogos y Trabajadores Sociales; a los que, de acuerdo al tamaño del centro médico y para regular la participación de los especialistas, se sumaron otras especialidades médicas (como Ortopedia y Traumatología o Cardiología) y otras profesiones (como Kinesiología, Fonoaudiología, Nutrición, Obstetricia y Odontología).

Sin embargo, el liderazgo parece haberse detenido en un proceso de gestión de contradicciones en paralelo (Báscolo & Yavich, Estrategias de gestión de contradicciones en la producción de lógicas de APS en América Latina, 2014): defiende los espacios protegidos de los Centros Médicos de Atención Primaria para preservar una posición institucional que evolucionó hasta ser intermedia pero, debido precisamente a ese proceso detenido puede volverse periférica.

Dentro de las capacidades utilizadas en la producción de innovaciones encontramos estrategias basadas en prácticas que restringen (Guías de Práctica Clínica) o incentivan (estímulos económicos por la realización de ciertas tareas de promoción) conductas de los actores (integrantes de los equipos interdisciplinarios

de atención primaria) por sobre la producción de valores y o concepciones de esos mismos actores; seguramente eso ha operado negativamente para el desarrollo local de una gestión descentralizada y participativa así como para desarrollar capacidades que permitan superar los límites de una posición periférica.

No se ha conseguido que el acceso y utilización de servicios especializados del segundo nivel sea regulado por el primer nivel. En ocasiones es el propio paciente el que solicita la derivación (incluso en los mostradores de la administración, sin pasar siquiera por la consulta médica) y en otras es el profesional de atención primaria que ha visto debilitadas sus capacidades. Dependiendo del tipo de contrato, esto puede ser motivo de cuestionamiento por parte del prestador de segundo nivel acerca de la capacidad resolutoria del primer nivel.

En ese sentido, los avances del Programa de APS se ven limitados por:

- La virtual clausura de la posibilidad de regulación del segundo nivel por parte de los equipos de APS, debilitando las relaciones con ese nivel asistencial.

- La carencia de estrategias basadas sobre la producción de valores o concepciones le resta cohesión al colectivo profesional de APS y reduce la posibilidad de desarrollar capacidades para superar los límites de una posición periférica.

La experiencia de la Iniciativa Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño para la promoción de la lactancia materna ha dejado algunas enseñanzas útiles para superar estas limitaciones.

Se tiende a compartir con el prestador de segundo nivel tanto el campo del sistema de protección social (el derecho de la madre y el niño a la lactancia) como el campo profesional (las habilidades necesarias del equipo y del prestador para contribuir a que se alcance ese derecho). Esto habilita en el equipo local un poder de regulación, aunque compartido (a partir de la construcción de consensos) con una complementariedad entre el saber / hacer de los generalistas y especialistas, operando como un eficiente sistema de gestión de contradicciones.

Para cumplir con el primero de los diez pasos de la Iniciativa los equipos deben redactar una política escrita. Es una experiencia original de gestión descentralizada, que los obliga a reflexionar acerca de sus prácticas, pero también

sobre sus valores y concepciones. Eso aumenta la cohesión del equipo, pero al mismo tiempo les permite interactuar con el segundo nivel desde otra posición ya no periférica.

La redacción de la política les permite hacer un diagnóstico de cuáles son sus debilidades, lo que les habilita elegir los contenidos de su capacitación (Paso 2), aumentando la efectividad de la misma.

El desarrollo del proceso los pone en contacto con otras instancias (sector público, tercer sector) ampliando su base de reconocimiento y su prestigio y aumentando también su propia confianza.

La Evaluación Externa para ser reconocido como Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño es la culminación de dicho proceso, que en caso de tener un resultado positivo posicionará al centro de salud en un lugar destacado.

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA INTERVENCIÓN:

Fuentes utilizadas para describir los resultados

Para poder dar cumplimiento a los objetivos de este trabajo (analizar críticamente la incorporación de la ICSAMN; identificar facilitadores o barreras para la adhesión de los equipos; identificar facilitadores o barreras al acceso de las madres) y poder describir y analizar los resultados, se emplearán las fuentes documentales del Programa Nacional de APS de la Obra Social, la enumeración de las actividades que se consideran significativas para el avance de la ICSAMN y las limitaciones encontradas al describir el problema, la organización y la intervención.

Retomando el tema de los Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa: podemos sistematizarlos diciendo que los dos primeros están dirigidos al equipo de salud (política y capacitación) considerándolos actividades significativas para el avance de la ICSAMN; los seis siguientes están dirigidos a los beneficiarios de la Iniciativa (el binomio madre-niño en particular, la sociedad toda en general); los dos últimos se verifican en la evaluación externa (respetar el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos y estimular la formación de grupos de apoyo a la Lactancia Materna).

En primer lugar se describirán y luego analizarán las tasas de LME al momento del nacimiento, 4º y 6º meses entre los años 2012 y 2016 (fuente: Evaluación de los Ejes Sanitarios del Programa Nacional de APS CONSTRUIR SALUD). La evolución de las mismas están vinculadas al efectivo cumplimiento de los Pasos 3 a 8, por lo que serán analizadas en la totalidad de los centros médicos a manera de línea de base, y en particular en aquellos en los que se haya producido un avance significativo en la ICSAMN, para lo que se tendrá en cuenta la concreción de los Pasos 1 y 2.

Descripción de los resultados

En el año 2012 el Programa Nacional de APS de la Obra Social puso en marcha un sistema de evaluación basado en cinco Ejes Sanitarios, definidos como cada uno de los temas sanitarios que se constituyen en pilares del Programa de APS, y cuyo desarrollo y sustentabilidad le dan sentido estratégico al Programa: Eje APS y Medicina Familiar (el modelo de atención); Eje Maternidad e Infancia; Eje Enfermedades Crónicas No Transmisibles; Eje Prevención del Cáncer; Eje Psicosocial.

En el Eje Maternidad e Infancia, durante los años 2012 y 2013 se evaluaron tres Indicadores Maternos y nueve Indicadores Infantiles; dentro de estos últimos estaba LME al 4º mes de vida. Para conocer la situación de lactancia materna en la población de niños que demandaron atención en la Obra Social, al final de cada uno de esos años se construyó una muestra en base a los registros de consultas en el Sistema de Órdenes Médicas (muestra aleatoria del 20% de los niños con edades de 8 a 10 meses cumplidos que registraron por lo menos una consulta en el CeMAP entre el 01/01 al 31/12 del año 2012 o 2013 según corresponda). Esas muestras fueron enviadas a los centros médicos para que, a través de una auditoria de esas historias clínicas se verificase la presencia o no de LME al 4º mes.

A partir del año 2014, en coincidencia con la puesta en marcha de la ICSAMN, se agregaron los Indicadores LME al nacimiento y LME al 6º mes de vida. Al final de ese año se construyeron dos muestras en base a los registros de consultas en el

Sistema de Órdenes Médicas: la misma que los años anteriores para verificar LME al 4º y 6º meses; y otra muestra aleatoria del 20% de los niños nacidos entre el 01/01 y el 31/12 del año que corresponda, informando la cantidad de los mismos que tengan registrados en su historia clínica que la leche materna ha sido alimento exclusivo al nacer.

Los promedios nacionales encontrados fueron los siguientes:

Prevalencia de LME al Nacimiento, 4º y 6º meses. Obra Social del Personal de la Construcción.

AÑO	PARTICIPANTES	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME) AL:		
		NACIMIENTO	4º MES	6º MES
2012	42		64.0	
2013	42		58.8	
2014	41	73.4	65.6	52.6
2015	43	72.0	62.3	54.1
2016	43	75.8	63.8	52.2

Participantes: número de CeMAPs que cumplieron con la auditoria.

Para identificar a los CeMAPs con mayor compromiso con la ICSAMN se tuvo en cuenta el cumplimiento del Paso 1 (Disponer de una política escrita sobre Lactancia Materna, que sea conocida por el equipo de salud y la comunidad) y del Paso 2 (Capacitar a todo el equipo de salud y a miembros de la comunidad).

Los CeMAPs identificados, el año de concreción de los Pasos 1 y 2 y la evolución de sus prevalencias en LME fueron:

Capital: Política 2015. Capacitación 2015 / 2017

AÑO	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME) AL:		
	NACIMIENTO	4º MES	6º MES
2012		80.0	
2013		80.0	
2014	68.0	71.2	70.0
2015	61.0	66.4	66.5
2016	71.0	68.8	63.0

Córdoba: Política 2015. Capacitación 2015.

AÑO	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME) AL:		
	NACIMIENTO	4º MES	6º MES
2012		44.8	
2013		28.0	
2014	100.0	28.0	21.7
2015	41.0	50.4	44.1
2016	43.0	35.2	20.3

Mendoza: Política 2015. Capacitación 2015.

AÑO	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME) AL:		
	NACIMIENTO	4º MES	6º MES
2012		67.2	
2013		80.0	
2014	89.0	80.0	70.0
2015	83.0	80.0	70.0
2016	78.0	80.0	70.0

Posadas: Política 2016. Capacitación 2016.

AÑO	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME) AL:		
	NACIMIENTO	4º MES	6º MES
2012		30.4	
2013		59.2	
2014	90.0	75.2	70.0
2015	72.0	59.2	46.9
2016	83.0	76.8	70.0

Rosario: Política 2017. Capacitación 2017.

AÑO	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME) AL:		
	NACIMIENTO	4º MES	6º MES
2012		70.4	
2013		80.0	
2014	75.0	79.2	70.0
2015	44.0	48.0	48.3
2016	85.0	72.0	56.0

San Nicolás: Política 2016. Capacitación 2015.

AÑO	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME) AL:		
	NACIMIENTO	4º MES	6º MES
2012		80.0	
2013		80.0	
2014	91.0	80.0	70.0
2015	33.0	46.4	46.2
2016	79.0	54.4	54.6

Santiago del Estero: Política 2016. Capacitación 2015 / 2017.

AÑO	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME) AL:		
	NACIMIENTO	4º MES	6º MES
2012		80.0	
2013		80.0	
2014	62.0	80.0	65.1
2015	70.0	57.6	69.3
2016	73.0	78.4	70.0

Tucumán: Política 2015. Capacitación 2015.

AÑO	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME) AL:		
	NACIMIENTO	4º MES	6º MES
2012		37.6	
2013		36.8	
2014	89.0	46.4	35.7
2015	38.0	66.4	56.7
2016	79.0	43.2	32.2

En cuanto a las limitaciones encontradas:

-Cuando se revisaron los factores que influyen negativamente en el inicio y sostenimiento de la lactancia materna se describieron dos que no resultará sencillo revertir. El primero es embarazo no controlado: la inestabilidad propia de la actividad de la construcción y la vulnerabilidad de esa población con bajos recursos materiales y simbólicos lesionan la accesibilidad y continuidad de la atención así como su participación. La ICSAMN no podrá revertir eso.

-El segundo son las prácticas asistenciales desfavorecedoras que suceden en el nivel asistencial no propio de la obra social, con una relación conflictiva con el primer nivel propio. Aunque se establecieron Normas para articular la relación con los otros niveles asistenciales, los contratos con los prestadores de segundo nivel no garantizan la integración ni la coordinación, y casi no existen espacios simultáneos entre el primer y segundo nivel para acordar procesos de trabajo compartidos, lo que debilita la posibilidad de un inicio seguro de la lactancia materna. Sin embargo, el cambio que puede operar en los equipos de salud la ICSAMN puede ser el inicio de alianzas que mejoren esa situación, tratando de limitar o suprimir esas mismas prácticas. Además se debería intentar introducir en

los contratos con el segundo nivel cláusulas que generen espacios compartidos que incrementen la integración y coordinación.

-Los CeMAPs tienen habitualmente una situación céntrica en la ciudad, lejana a las viviendas de los trabajadores constructores, ubicadas habitualmente en las periferias, lo que resta accesibilidad, situación que no podrá revertir la ICSAMN.

-La distinta dependencia de los integrantes de los equipos de salud introduce problemas de comunicación que pueden limitar el trabajo interdisciplinario. Esa es una característica que la ICSAMN no puede modificar.

-La lactancia materna no es identificada por las áreas administrativas como un problema de salud jerarquizado que requiere respuesta inmediata, lo cual puede poner en riesgo la continuidad de la misma. La ICSAMN puede revertir esta situación a través del Paso 2, Capacitación de todo el equipo asistencial.

-En el vínculo que establece el Programa Nacional de APS con los equipos de salud, prevalecen las normas burocráticas por sobre los valores compartidos, lo que impide consolidar un colectivo homogéneo que pueda actuar políticamente de manera organizada. La ICSAMN tiene la potencialidad de revertir esta situación, ya que exige que cada equipo elabore una política escrita (Paso 1 de la Iniciativa), lo que constituye un excelente ejercicio de construcción de valores compartidos, haciendo que los “convencidos” superen a los “obligados”.

-Los roles tradicionales asignados a los géneros pueden operar como barreras a la continuidad de la lactancia pero también al acceso a la atención de salud de la madre. Con excepción del amamantamiento, el resto de las prácticas vinculadas a la crianza pueden ser realizadas por otros integrantes de la familia. La equitativa distribución de esas tareas es un tema que deberá ingresar a la agenda preventiva de los equipos, a trabajar durante el embarazo como parte del proyecto de alimentación del futuro hijo.

Análisis de los resultados

La observación de la evolución de las prevalencias de LME en toda la Obra Social muestra un descenso entre 2012 y 2013, una recuperación durante 2014, una

nueva caída más leve en 2015 excepto en el 6º mes, y una recuperación al momento del nacimiento en 2016.

Al observar la misma evolución en el grupo de CeMAPs con mayor compromiso con la ICSAMN, se constata la ausencia de una tendencia dominante, seguramente por tratarse de un período corto de tiempo, y algunos resultados que resultan paradójales:

-Capital en 2014 tiene una prevalencia al nacimiento menor que al 4º mes; en 2015 tiene una prevalencia al nacimiento menor que al 4º mes y esta menor que al 6º mes. Las menores prevalencias al nacimiento pueden explicarse por las diferentes muestras empleadas para verificar el dato. Pero las menores prevalencias al 4º mes respecto del 6º sugieren un error de registro en la historia clínica.

-Situaciones similares se encuentran en Córdoba, Rosario, San Nicolás, Santiago del Estero y Tucumán.

-En Córdoba resulta sugestiva la variación año a año, con caídas tan bruscas como las recuperaciones. Algo similar puede observarse en Rosario, Posadas, San Nicolás y Tucumán.

-Mendoza, el primer CeMAP en ser reconocido como Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño, muestra una tendencia descendente en las prevalencias al nacimiento, manteniendo estables las del 4º y 6º meses.

Todos estos resultados cuestionan el método empleado para obtener información (construcción de dos muestras aleatorias y auditoría de historias clínicas).

El Ministerio de Salud de la Nación realiza periódicamente una Encuesta Nacional de Lactancia Materna (Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia, 2015). Debería replicarse ese método para obtener un dato más confiable y comparable con el de la Nación.

En cuanto a las limitaciones observadas, las propuestas son:

-Aprovechar el cambio que opera en los equipos de la ICSAMN para desarrollar alianzas con el segundo nivel, intentando introducir en los contratos con ese nivel cláusulas que generen espacios compartidos que incrementen la integración y

coordinación, tendiendo a limitar o suprimir las prácticas asistenciales que desfavorecen el inicio de la lactancia materna.

-Sumar indicadores que den cuenta de la situación inicial en el prestador de segundo nivel y de impacto luego de la puesta en marcha de los espacios compartidos entre el primer y segundo nivel para acordar procesos de trabajo:

-Tasas de las prácticas de atención del trabajo de parto / parto que desfavorecen el inicio y sostenimiento de la lactancia materna (falta de acompañamiento durante el trabajo de parto, anestesia peridural, amniotomía, episiotomía, cesárea, falta de acompañamiento durante el puerperio para superar dudas o dificultades vinculadas con la lactancia)

-Descripción y secuencia de las prácticas que se realizan inmediatamente luego de la expulsión del recién nacido.

-Número de reuniones en las que se acuerden procesos de trabajo compartidos favorables al inicio y sostenimiento de la lactancia materna.

-La posibilidad de construir estos consensos habilita en el equipo local un poder de regulación, aunque compartido, con una complementariedad entre el saber / hacer de los generalistas y especialistas, operando como un eficiente sistema de gestión de contradicciones.

-La elaboración de la Política escrita es una oportunidad para que los valores compartidos superen a las normas burocráticas.

CONCLUSIONES DEL TRABAJO:

El primer logro fue haber realizado este trabajo. La contrastación de la ICSAMN con distintos componentes de la gestión de APS propuesta por el Certificado permitió al autor reflexionar sobre las fortalezas y debilidades mejorando el proyecto.

Si bien el embarazo no controlado aparece como un factor que influye negativamente sobre el inicio y sostenimiento de la lactancia materna y la ICSAMN no podría intervenir para revertir esa situación, deberá incorporar la comunicación de esta situación a los CeMAPs con mayor compromiso con la misma, para que

realicen tareas de difusión y concientización sobre el tema con los delegados de obra, que ya han demostrado comportarse como verdaderos agentes sanitarios.

Para limitar o suprimir las prácticas asistenciales desfavorecedoras que se llevan a cabo en el segundo nivel asistencial donde tiene lugar el nacimiento, la ICSAMN deberá incorporar la promoción de espacios simultáneos entre el primer y segundo nivel para acordar procesos de trabajo compartido, y discutir con las áreas pertinentes de la obra social, la introducción en los contratos con el segundo nivel de cláusulas que favorezcan estos espacios simultáneos, con el fin de incrementar la integración y coordinación y operar como un eficiente sistema de gestión de contradicciones.

Para evaluar esta innovación se deberán incorporar indicadores que den cuenta de la situación inicial en el prestador de segundo nivel y de impacto luego de la puesta en marcha de esos espacios simultáneos para acordar procesos de trabajo, desde la descripción, secuencia y prevalencia de las prácticas que se realizan inmediatamente luego de la expulsión del recién nacido, hasta el número de reuniones en las que se acuerden procesos de trabajo compartidos favorables al inicio y sostenimiento de la lactancia materna.

A fin de intentar revertir la barrera a la accesibilidad que representa la situación céntrica de los CeMAPs, lejana a las periferias donde habitan los trabajadores constructores, la ICSAMN deberá incorporar la promoción e incremento de la programación de turnos para embarazadas y niños menores de un año intentando restablecer la equidad, al mismo tiempo que la mejora de la escucha de los sectores administrativos ante una demanda espontánea vinculada a lactancia.

Si bien la distinta dependencia de los integrantes de los equipos de salud introduce problemas de comunicación que pueden limitar el trabajo interdisciplinario, la ICSAMN deberá, a través de los dos primeros Pasos (política y capacitación) establecer una agenda común para el equipo interdisciplinario, siendo la redacción de la política un excelente ejercicio de construcción de valores compartidos que la capacitación puede reforzar.

Habrá que sumar a la agenda preventiva de los equipos la equitativa distribución de las tareas vinculadas a la crianza como parte del proyecto de alimentación del

futuro hijo, para mejorar no solo la continuidad de la lactancia sino también garantizar el acceso a la atención de salud de la madre, intentando incorporar al padre al proceso asistencial.

Finalmente, el cambio de metodología para la obtención del dato de prevalencia de LME al nacimiento, 4º y 6º meses deberá intentarse en el sistema de evaluación de Ejes Sanitarios del Programa Nacional de APS. Si esto no fuera posible, habrá que incorporar en los equipos con mayor compromiso con la ICSAMN la realización anual de una encuesta de prevalencias, calculando muestras que habiliten la validez local.

Bibliografía

Aronna, A., Bisio, S., & Maidana, R. (2010). *Relevamiento socio-sanitario de la población residente en el asentamiento "La Cava" Barrio Toba - Rosario*. Rosario: Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario.

Bascolo, E. *Lógicas de Atención Primaria de la Salud en el proceso de estructuración de los servicios de salud. El caso Rosario*. Rosario: Universidad Nacional de Rosario.

Báscolo, E., & Yavich, N. (2014). *Capacidades del liderazgo colectivo, dinámico y relacional para producir lógicas de APS en los sistemas públicos de salud en América Latina. Un estudio de casos múltiples*.

Báscolo, E., & Yavich, N. (2014). *Estrategias de gestión de contradicciones en la producción de lógicas de APS en América Latina*.

Báscolo, E., & Yavich, N. (2014). *Influencia de los procesos regionales de difusión de lógicas de APS sobre la dinámica de cambio en el nivel local*.

Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 162-167.

Carballeda, A. J. *La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud*. La Plata: Ministerio de Desarrollo Social. Provincia de Buenos Aires.

Castell Florit-Serrate, P. (2003). La intersectorialidad. Conceptualización. Panorama internacional y de Cuba. *Horizonte Sanitario*, 1-34.

Cunill-Grau, N. (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales. Un acercamiento analítico-conceptual. *Gestión y Política Pública*, 5-46.

- Franco, T. B., Bueno, W. S., & Merhy, E. E. (1999). O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* , 345-353.
- Gámez, A. E., & Ángeles, M. (2005). El trabajo femenino en el contexto de la reestructuración económica mundial de fines del Siglo XX. *Foro Internacional* , 249-271.
- Hernández Aguilar, M. T. (2004). Epidemiología de la lactancia materna. Prevalencia y tendencias de la lactancia materna en el mundo y en España. En C. d. Pediatría, *Lactancia Materna: guía para profesionales* (págs. 31-43). Madrid: Ergon.
- Hernández-Álvarez, M. (2008). El Concepto de Equidad y el Debate sobre lo Justo en Salud. *Rev. salud pública* , 72-82.
- Herrmann, J. M. (2014). *Los aportes de la Epidemiología a la Gestión. Modelos de causalidad y vulnerabilidad*. Rosario: Diplomatura de Epidemiología y Gestión. Departamento de Economía y Gestión. Instituto de la Salud "Juan Lazarte".
- Huber, R. (2016). *Sistemas centrados en APS*. Rosario.
- Huber, R. (2016). *Sistemas de Salud, definición y orígenes*.
- Larguia, A. M., González, M. A., Solana, C., Basualdo, M. N., Di Pietrantonio, E., Bianculli, P., y otros. (2012). *Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque intercultural. Conceptualización e implementación del modelo*. Buenos Aires: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF.
- Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia. (2015). *Situación de la lactancia materna en la Argentina. Año 2015*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Nación, M. d. (2002). *Resolución 660*. Buenos Aires.
- OMS. (1981). *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna*. Ginebra.
- OMS. (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Alma-Ata URSS.
- OMS/UNICEF. (1990). *Declaración de Innocenti*. Florencia.
- OMS/UNICEF. (1989). *Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad*. Ginebra.
- OPS Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Washington: OPS.
- Paricio Talayero, J. M. (2004). Aspectos históricos de la alimentación al seno materno. En C. d. Pediatría, *Lactancia Materna: guía para profesionales* (págs. 7-26). Madrid: Ergon.

- Pini, M. (2013). *Fortalecimiento de la Continuidad Asistencial. Unidad I.*
- Pini, M. (2013). *Mecanismos de promoción / limitantes de la continuidad y coordinación de la atención. Unidad III.*
- Rovere, M. (2012). Atención Primaria de la Salud en Debate. *Saúde em debate* , 327-342.
- SRT, S. d. (2009). *1º Encuesta Nacional a Trabajadores sobre Empleo, Trabajo, Condiciones y Medio Ambiente Laboral.* Buenos Aires: Superintendencia de Riesgos del Trabajo.
- Tobar, F. (2000). Herramientas para el análisis del sector salud. *Medicina y Sociedad; 23 (2)* , 83-96.
- Trabajo, S. d. (2009). *1º Encuesta Nacional a Trabajadores sobre Empleo, Trabajo, Condiciones y Medio Ambiente Laboral.* Buenos Aires: Superintendencia de Riesgos del Trabajo.
- UNICEF, F. d. (2016). *Estado mundial de la infancia 2016. Una oportunidad para cada niño.* New York: UNICEF.
- UNICEF. OMS. (2007). *Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño.* Washington: OMS.
- UNICEF/OMS. (2008). *IHAN Módulo 3. Promoción y apoyo a la lactancia en un hospital amigo del niño.* Washington: OPS.