

FUNDACIÓN  CONTEMPORÁNEA

**POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS CON LA  
SALUD MATERNO INFANTIL**

**SERIE POLÍTICAS PÚBLICAS**  
Informe N° 3. Agosto 2012

## INTRODUCCIÓN

### Objetivo del informe

El presente informe tiene como finalidad analizar los principales programas y planes que tienen por objetivo reducir la mortalidad materna e infantil. Tomaremos como caso de estudio el Plan Nacer (dentro del Programa “Atención de la Madre y el Niño”) y el Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna. Dichos programas se encuentran bajo la órbita de la Subsecretaría de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud. También estudiaremos la Asignación por Embarazo (a cargo de la ANSES).

Nos preguntamos cuál es el alcance de estos programas, sus objetivos y metas, sus logros y costos. Queremos identificar los esfuerzos tendientes a proteger a la mujer embarazada y a los niños menores de un año en el marco del compromiso argentino a cumplir las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el año 2015.

### Los Objetivos de Desarrollo del Milenio

La Argentina está comprometida para el año 2015 a cumplir ciertas metas en el marco de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ONU). Muchos de los programas sociales están orientados por estas metas. A continuación detallamos los objetivos, metas e indicadores relacionados a la salud materna e infantil.

OBJETIVO	METAS	INDICADORES
<b>NUMERO 5</b> REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Reducir entre 1990 y 2015 en dos tercios la mortalidad infantil y la mortalidad de niños menores de 5 años.</li><li>2. Tasa de Mortalidad Infantil (por mil nacidos vivos) <b>8,5 %</b> - Tasa de Mortalidad menores de 5 años (por mil nacidos vivos) <b>9,9 %</b></li><li>3. Reducir en 10% la desigualdad entre provincias, medido en Coeficiente de Gini</li></ol>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tasa de mortalidad infantil <b>(8.5)</b></li><li>- Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años <b>(9.9)</b></li><li>- Coeficiente de Gini de la tasa de mortalidad infantil <b>(0.090)</b></li><li>- Coeficiente de Gini de tasa de menores de 5 años <b>(0.102)</b></li></ul>
<b>NUMERO 6</b> MEJORAR LA SALUD MATERNA	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Reducir entre 1990 y 2015 en tres cuartas partes la mortalidad materna.</li><li>2. Tasa de Mortalidad Materna (por 10.000 nacidos vivos). <b>1,3 %</b></li><li>3. Reducir en 10% la desigualdad entre provincias.</li></ol>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tasa de mortalidad materna <b>(1.3)</b></li><li>- Porcentaje de nacidos vivos asistidos por médicos o parteras <b>(99%)</b></li><li>- Coeficiente de Gini para mortalidad materna <b>(0.311)</b></li></ul>

### Cobertura de salud

A su vez, los programas de salud están apuntados a la población que no tienen cobertura de salud. Los datos del Censo 2010 muestran que el **36% de la población** no tiene ningún tipo de cobertura social, por lo cual depende de la red pública de hospitales y centros de salud.

**TABLA N°1: POBLACIÓN POR TIPO DE COBERTURA DE SALUD. AÑO 2010**

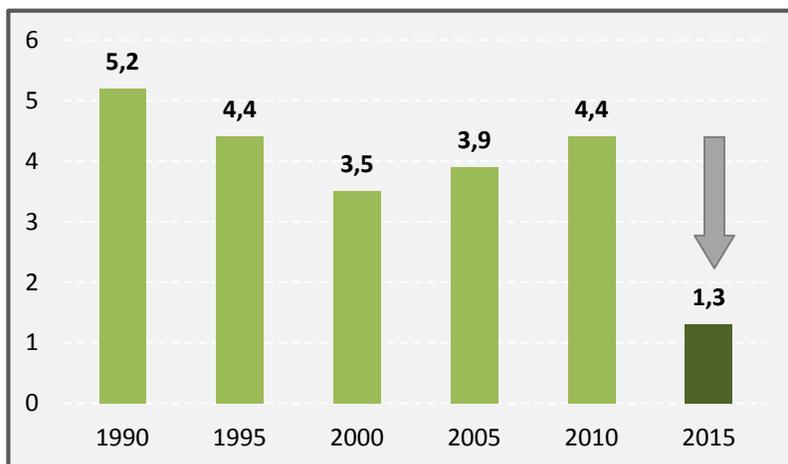
Población en viviendas particulares	Tipo de cobertura de salud				No tiene obra social, prepaga o plan estatal
	Obra Social (!)	Prepaga a través de obra social	Prepaga sólo por contratación voluntaria	Programas y planes estatales de salud	
<b>39.671.131</b>	46,41	10,57	5,12	1,82	36,08

Datos por grupos poblacionales estudiados

- El **39,59%** de las mujeres en edad fértil (15-49 años) no posee obra social, prepaga o plan estatal.
- El **44,51%** de los niños menores de 5 años no posee obra social, prepaga o plan estatal.

## PRINCIPALES DATOS ESTADÍSTICOS

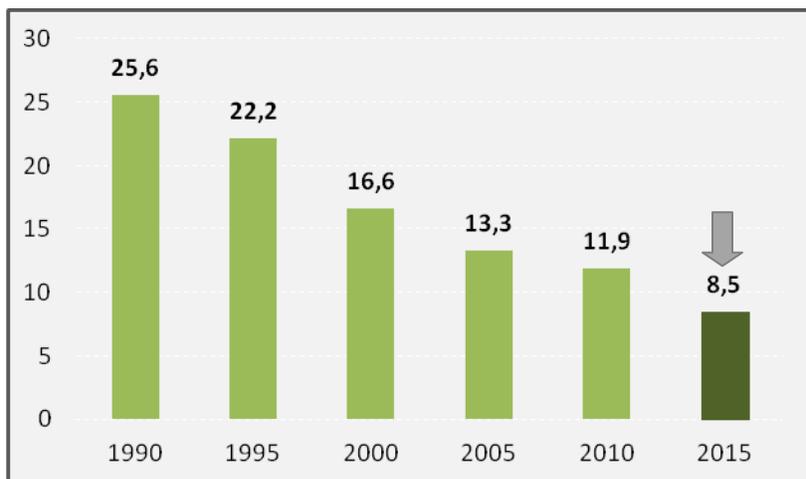
GRAFICO Nº 1: TASA DE MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL 1990-2015 (meta ODM)



### MORTALIDAD MATERNA

La **tasa de mortalidad materna** es el resultado del número de defunciones por causas maternas sobre el total de nacidos vivos por 10.000

FUENTE: Estadísticas Vitales 2010  
Ministerio de salud



### MORTALIDAD INFANTIL

La **tasa mortalidad infantil** comprende la cantidad de niños muertos menores de un año por 1.000 nacidos vivos.

FUENTE: Estadísticas Vitales 2010  
Ministerio de salud

TABLA Nº 2: COEFICIENTE DE GINI DE MORTALIDAD MATERNA

1990	1995	2000	2005	2009	2015 (ODM)
0,346	0,357	0,436	0,311	0,256	META ALCANZADA SI CONTINUA LA TENDENCIA

Fuente: Indicadores Básicos del Ministerio de Salud de la Nación

TABLA Nº 3: COEFICIENTE DE GINI DE MORTALIDAD INFANTIL

1990	1995	2000	2005	2009	2015 (ODM)
0,100	0,106	0,124	0,104	0,091	META ALCANZADA SI CONTINUA LA TENDENCIA

Fuente: Indicadores Básicos del Ministerio de Salud de la Nación

**TABLA Nº4: ASISTENCIA EN EL PARTO**

Total de nacidos vivos	Médico	Partera	Enfermera	Otro agente sanitario	Comadre	Otros	Sin atención	Sin especificar
756.176	563.753	153.527	879	551	868	1.440	677	34.481
100%	74,55%	20,33%	0,11%	0,07%	0,11%	0,19%	0,08%	4,55%

**TABLA Nº 5: NACIDOS VIVOS DE MADRES ADOLESCENTES**

Año	Nacidos vivos- Total país				
	Total de nacidos vivos	De madres menores de 15	De madres entre 15 y 19 años	Total de nacidos vivos de madres menores de 20	% de nacidos vivos de madres menores de 20
2010	756.176	3.117	114.474	117.591	15%
2009	745.336	3.346	113.478	116.824	15,7%
2008	746.460	2.937	112.034	114.971	15,4%
2007	700.792	2.841	106.720	109.561	15,6%
2006	696.451	2.766	103.885	106.651	15%
2005	712.220	2.699	104.410	107.109	15%
2004	736.261	2.629	103.809	106.438	14,5%
2003	697.952	2.763	92.461	95.224	13,6%
2002	694.684	3.270	98.483	101.753	14,6%

## DOCUMENTOS PARA ESTUDIAR LA EVOLUCIÓN DE LOS ODM

- Para leer el análisis y revisión de indicadores del 2011, hacer [click aquí](#)
- Para leer la rendición de cuentas 2010 del Estado Argentino, hacer [click aquí](#)

## DESCRIPCIÓN DE LOS PROGRAMAS

PLAN NACER

PLAN NACIONAL DE LA REDUCCIÓN DE LA  
MORTALIDAD MATERNO INFANTIL

ASIGNACIÓN UNIVERSAL POR EMBARAZO

## PLAN NACER

El **Plan Nacer** es un programa federal del Ministerio de Salud de la Nación que **busca mejorar la cobertura de salud y la calidad de atención de las mujeres embarazadas, puérperas y de los niños/as menores de 6 años que no tienen obra social**. Se inició en el año 2005 en las provincias del NEA y NOA y en 2007 se extendió a todo el país.

El programa se distingue por desarrollar **Seguros Públicos de Salud** para la población materno-infantil sin obra social y ser un modelo de financiamiento basado en resultados, que se propone promover un cambio cultural en la visión y gestión de la salud que priorice la estrategia de la atención primaria de la salud (APS), la eficacia del sistema y la utilización efectiva de los servicios de salud por parte de la población.

Plan Nacer tiene como finalidad contribuir, en el marco de un conjunto de acciones desarrolladas por este Ministerio, a la reducción de la morbi-mortalidad materno infantil y, de este modo, al cumplimiento de las Metas de Desarrollo del Milenio en lo que respecta a la salud materno infantil para el año 2015.

Durante los años 2010 y 2011 se incorporó el financiamiento de un número creciente de prestaciones ambulatorias y algunas de mayor complejidad resolutive, tales como cardiopatías congénitas y un conjunto priorizado de prácticas de neonatología cuya continuidad se prevé.

### **Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas**

*La incorporación en **abril de 2010** del tratamiento integral de **Cardiopatías Congénitas** a la cobertura de salud que brinda el Plan Nacer, constituyó la primera fase de ampliación del Programa, el cual fue creado en el año 2008. Esta incorporación de las Cirugías de Cardiopatías Congénitas se suma a las acciones concretas que emprende el Ministerio de Salud de la Nación para lograr el descenso de la tasa de mortalidad infantil en nuestro país. Se estima que en la Argentina nacen cada año más de 5000 niños/as con alguna cardiopatía congénita y que 70 de cada 100 casos requieren operación. Aproximadamente el 46% de estos niños/niñas no tienen obra social.*

*En este contexto, El Ministerio de Salud de la Nación ha decidido continuar y profundizar su "Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas", cuyos objetivos centrales fueron: reducir la lista de espera de los niños y niñas que requieren una intervención quirúrgica que había sido conformada al mes de marzo de 2008, y generar, a través del Plan Nacer, un aumento sostenido en el número de intervenciones que se realizan en el sector público.*

*El Ministerio de Salud, a través del Plan Nacer, lleva invertidos para la cobertura de cardiopatías congénitas más de **48 millones de pesos** en equipamiento, capacitación y transferencias de fondos, destinados a los 17 establecimientos hospitalarios de la red, que se extiende a lo largo y a lo ancho del país. A través del Plan, en 2011 fueron **operados 1.839 niños, un 97 por ciento más que las 930 intervenciones que se realizaron en 2003.***

## FASES DEL PLAN

Para Agosto de 2012, el Plan Nacer ha atravesado distintas etapas, todas marcadas por avances en cobertura y prestaciones ofrecidas. Dividimos su evolución en dos grandes etapas: el Plan Nacer propiamente dicho y el reciente Programa SUMAR, una ampliación del Plan Nacer pero que mantiene los mismos objetivos y metas.

### **Plan Nacer**

**FASE I:** se designa de esta manera a la primera etapa del Plan Nacer que abarcó a las provincias del noreste y noroeste de la Argentina (Catamarca, Corrientes, Chaco, Formosa, Jujuy, Misiones, Salta, Santiago del Estero, Tucumán), por ser las provincias que tenían los indicadores más desfavorables.

**FASE II:** la misma se implementó a partir del 2007 y significó la extensión del Plan al resto de las provincias del País y a la Ciudad de Buenos Aires, ampliando el alcance del programa a toda la Argentina.

### **Programa SUMAR<sup>1</sup>**

En Agosto de 2012, la ampliación del Plan Nacer (ver “Presupuesto Asignado”) ha sido denominado Programa SUMAR, del Ministerio de Salud de la Nación. Este programa continúa los objetivos sanitarios y metas (trazadoras) del Plan Nacer y amplía la población objetivo del mismo. Así, continúan los Seguros Públicos de Salud para prestaciones prioritarias, haciendo foco en las mujeres y niños sin ningún tipo de cobertura de salud. Al esquema de seguros, se suma la financiación por resultados, donde la Nación transfiere a las Provincias los fondos de acuerdo a los resultados en la cobertura específica, calidad de atención e inscripción de la población en el Programa.

### **OBJETIVOS**

De acuerdo a la presentación institucional de su sitio web, el Plan Nacer tiene los siguientes objetivos:

- Mejorar la cobertura de salud y la calidad de la atención de la población sin obra social, contribuyendo así en la reducción de la mortalidad materna e infantil.
- Crear y desarrollar Seguros Públicos de Salud Provinciales para la población materno-infantil sin obra social.
- Aumentar la inversión en salud bajo un modelo de asignación de recursos basada en los resultados alcanzados. (Financiamiento basado en resultados.)
- Promover un cambio cultural en la visión y gestión de la salud que priorice la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS), un desempeño eficaz del sistema y la utilización efectiva de los servicios de salud por parte de la población.

---

<sup>1</sup> Para mas información del Programa SUMAR, ingresar a [www.msal.gov.ar/sumar](http://www.msal.gov.ar/sumar)

- Generar un nuevo esquema de relación entre la Nación, las Provincias, los Municipios y los Establecimientos de Salud.

### PRESTACIONES INCLUIDAS

PRESTACIONES DURANTE EL EMBARAZO Y EL POSTPARTO	PRESTACIONES PARA NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de embarazo.</li> <li>• Control del embarazo: verificar tu peso y estatura, revisar las mamas, medir la panza, escuchar los latidos del bebé, practicar un Papanicolaou.</li> <li>• Ecografías: para controlar el crecimiento y la vitalidad del bebé.</li> <li>• Vacunación: dos dosis de vacuna doble (tétanos y difteria) durante el embarazo, y una dosis de vacuna doble viral (sarampión y rubéola) luego del parto.</li> <li>• Análisis de sangre y orina: para determinar el grupo sanguíneo y diagnosticar enfermedades como Chagas, Sífilis, HIV, etc.</li> <li>• Examen de salud dental: revisiones odontológicas preventivas.</li> <li>• Derivación en caso de ser necesario a: médicos especialistas, nutricionista, asistente social, psicólogo.</li> <li>• Parto atendido por especialistas en el hospital.</li> <li>• Atención del recién nacido.</li> <li>• Acceso a información: sobre los cuidados durante el embarazo y posparto, situaciones de consulta urgente al médico, la importancia de la lactancia materna, prevención de las adicciones (tabaco, alcohol y drogas) y planificación familiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención del recién nacido.</li> <li>• Examen para detectar hipoacusia prueba a los recién nacidos para medir su capacidad auditiva.</li> <li>• Controles clínicos</li> <li>• Vacunación según el calendario nacional</li> <li>• Examen odontológico a partir de los 6 meses un control anual (incluye arreglo de caries)</li> <li>• Control oftalmológico una consulta a los 5 años.</li> <li>• Consejos para los padres (Lactancia materna, pautas de alimentación y crianza; Prevención de accidentes, intoxicaciones y muerte súbita; Promoción de la salud, cuidado buco dental y cuándo ir urgente al médico.</li> <li>• Prestaciones de alta complejidad.</li> <li>• Detección, cirugía y tratamiento de enfermedades del corazón para que los niños/as del país accedan a la cirugía cardíaca en el plazo adecuado.</li> <li>• Cuidados intensivos para los recién nacidos y niños/as en situación de riesgo.</li> </ul>

### DATOS DE GESTIÓN

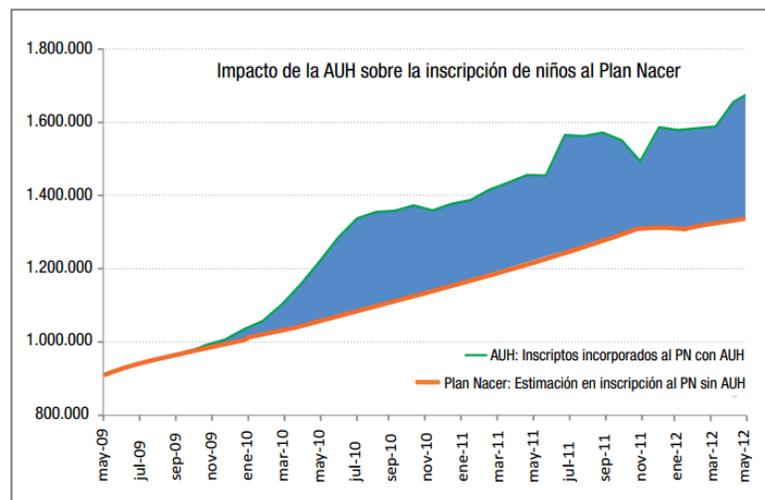
Presentamos los datos publicados por el Plan Nacer al mes de junio de 2012.

REGIÓN	BENEFICIARIOS ACTUALES		BENEFICIARIOS HISTÓRICOS		ESTABLECIMIENTOS	TOTAL DE FONDOS TRANSFERIDOS (2005-2012)
	NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS	EMBARAZADAS O PUERPÉRAS	NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS	EMBARAZADAS O PUERPÉRAS		
NOA	289.113	25.209	796.303	266.367	1.410	\$267.192.097
NEA	259.448	22.978	633.988	232.264	967	\$249.804.264

Centro	968.242	84.440	1.646.441	537.536	3.356	\$385.349.223
Cuyo	149.545	12.511	293.258	106.487	806	\$85.526.806
Patagonia	78.061	6.975	147.044	52.599	594	\$42.329.122

### Plan Nacer y Asignación Universal por embarazo

Dado que la Asignación por Embarazo tiene como requisito estar inscripto en el Plan Nacer, esta Asignación ha favorecido el alcance del Plan, aumentando notoriamente su cobertura en la población objetivo.



### ¿CUÁL ES EL PRESUPUESTO ASIGNADO?

El análisis del presupuesto 2012 muestra algunas modificaciones al Plan Nacer. Así, el Plan Nacer abarca la implementación del último año del “Proyecto de Inversión Materno Infantil Provincial” (con crédito BIRF 7409) y el comienzo del “Proyecto de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud” (con crédito BIRF PP 106735). A partir del nuevo proyecto, se amplía la población beneficiaria del Plan, donde:

PROYECTO DE INVERSIÓN MATERNO INFANTIL PROVINCIAL	PROYECTO DE DESARROLLO DE SEGUROS PÚBLICOS DE SALUD
– Mujeres embarazadas hasta 45 días después del parto	– Mujeres en edad fértil entre 20 y 64 años de edad
– Niños menores de 6 años	– Niños (hasta 10 años) y adolescentes (11 a 19 años)

El Plan Nacer tiene un presupuesto asignado para el 2012 de **\$566.842.113**, de los cuales \$508.429.873 es transferido a las provincias. Mendoza recibe el 4,3% del total de los recursos transferidos, o sea, \$21.859.000.

<b>Programa 17: Atención de la madre y el niño</b>	<b>\$1.184.069.113</b>
1. Plan Nacional a favor de la madre y el niño	\$617.227.000
2. Desarrollo de Seguros público de Salud (Plan Nacer)	\$566.842.113

#### Financiamiento internacional

El Plan Nacer cuenta desde su inicio con financiamiento del Banco Mundial. A continuación presentamos un cuadro con los montos distribuidos desde el 2003. Tal como muestran los datos, 4 fueron los proyectos aprobados por el Banco Mundial para sostener los Seguros Públicos de Salud. En el 2012 finaliza el proyecto “Provincial Maternal-Child Health Investment” y comienza el “Provincial Public Health Insurance Development Project” por un monto de \$400.000.000.

Nombre del proyecto	Financista	Costo del proyecto	Disponible	Desembolsado	Fecha de aprobación	Fecha de cierre
Provincial Public Health Insurance Development Project	IBRD80620	400,000,000.00	400,000,000.00	0.00	28/04/2011	31/12/2015
Provincial Maternal-Child Health Investment APL 2	IBRD74090	300,000,000.00	47,290,593.50	252,709,406.50	02/11/2006	31/12/2012
AR-Provincial Maternal-Child Health Investment Project (1st. phase APL)	IBRD72250	135,800,000.00	0.00	133,981,639.54	15/04/2004	31/07/2010
Provincial Maternal-Child Health Sector Adjustment Ln. (PMCHSAL)	IBRD71990	750,000,000.00	0.00	750,000,000.00	28/10/2003	31/03/2007
FUENTE: Banco Mundial. <a href="http://www.worldbank.org">www.worldbank.org</a>						

## PLAN DE REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNO INFANTIL<sup>2</sup>

### Presentación

El Consejo Federal de Salud (COFESA), reunido en noviembre de 2008, acordó un Plan Estratégico para la Reducción de la Mortalidad Materna y la Mortalidad Infantil 2009 – 2011, al cual adhirió el conjunto de las provincias. Asimismo, desde el Ministerio de Salud de la Nación, se han promovido otras políticas, como la regionalización de la atención perinatal y el fortalecimiento de los Comités de Análisis de las Mortalidades Materna e Infantil.

El Plan se centra en detectar las principales causas que desencadenan la muerte de mujeres, adolescentes, niños y niñas de nuestro país con el fin de actuar sobre ellas.

A través de la [resolución 934/2012](#) de junio de 2012, se prorroga el Plan de Reducción de la mortalidad materno infantil hasta el 2015, actualizando las metas a las de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

### Objetivos y metas intermedias (previo a la prórroga del 2012)

Tiene como principales objetivos la reducción de:

- La mortalidad infantil (en sus dos componentes: neonatal y postneonatal)
- La mortalidad materna
- El embarazo en la adolescencia no planificado
- La incidencia y mortalidad por cáncer cérvico uterino, y
- Los egresos hospitalarios por aborto.

	Situación 2007	Meta 2011
Mortalidad infantil	Tasa: 13,3 por mil (9.300 niño/as menores de 1 año)	Tasa: 9,9 por mil (Reducción de 2.378 muertes infantiles)
Mortalidad neonatal	Tasa: 8,5 por mil (5.964 niño/as de 1 a 27 días)	Tasa: 5,9 por mil (Reducción de 1824 muertes neonatales)
Mortalidad postneonatal	Tasa: 4,8 por mil (3.336 niño/as de 28 días a 1 año)	Tasa: 4,0 por mil (Reducción de 556 muertes postneonatales)
Tasa específica de mortalidad por cardiopatías congénitas en menores de 1 año	Tasa: 1,077 por mil (800 niño/as)	Tasa: 0,861 por mil (Reducción de 175 muertes)
Tasa específica de mortalidad por infecciones respiratorias en menores de 1 año	Tasa: 1,245 por mil (875 niño/as)	Tasa: 0,996 por mil (Reducción de 175 muertes)
Mortalidad materna	Tasa: 4,4 por diez mil (306 mujeres)	3,3 por diez mil (Reducción de 77 muertes)
Tasa específica de muertes	Tasa: 1,06 por diez mil nacidos	Tasa: 0,79 por diez mil nacidos

<sup>2</sup>Presentación del Plan: <http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/descargas/plan-operativo-reimpresion-junio2010.pdf>

maternas por aborto	vivos (74 mujeres)	vivos (Reducción de 19 muertes)
Mortalidad por Cáncer Cérvicouterino(2)	Tasa: 7,5 por cien mil mujeres (1.787 mujeres)	Tasa: 7 por cien mil mujeres (Reducción de 119 muertes)

### *Programas que intervienen*

Los programas/ direcciones nacionales que forman parte del equipo de ejecución del Plan son la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-uterino y el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, con el apoyo de Plan Nacer, la Dirección de Estadísticas e Información en Salud, el Programa Nacional de Sanidad Escolar, el Programa Médicos Comunitarios y la Dirección y la Coordinación General de Información Pública y Comunicación.

### *Metodología*

Las principales líneas de trabajo del Plan:

- Acuerdo político institucional en los máximos niveles de conducción nacional, provincial y municipal donde se firma de un Acta-Acuerdo, donde se establece la tasa de mortalidad materno-infantil a la que la provincia se compromete a alcanzar en 2011.
- Plan de trabajo elaborado con los actores sociales involucrados
- Asistencia técnica, Monitoreo y Evaluación periódica del cumplimiento del Plan
- Capacitación en servicio
- Comunicación social.

El plan se propuso inicialmente avanzar con las actividades y acciones antes mencionadas en las jurisdicciones que mayor impacto tiene en las tasas de mortalidad. En el último trimestre se ha firmado acta acuerdo e iniciado acciones con las provincias de Chaco, Santiago del Estero y Formosa. Durante el 2010, se proyectó comenzar con las actividades en otras 9 provincias dando continuidad a los programas de capacitación en servicios, asistencia técnica y demás acciones previstas.

### *Provincias que firmaron un Acta Acuerdo*

Chaco, Formosa, Santiago del Estero, Buenos Aires, Entre Ríos, Jujuy, Misiones

### *Análisis de las estadísticas en relación a las metas intermedias*

A continuación realizamos un análisis de las metas que el plan se propuso lograr para el 2011. Siendo que los últimos datos publicados son del 2010, el análisis se focaliza en la tendencia de cada una de las metas.

A grandes rasgos, ninguno de los indicadores, excepto la tasa específica de muertes por infecciones respiratorias de niños menores de un año, está próximo a cumplirse. Las metas para la tasa de mortalidad materna y tasa de mortalidad infantil son los que mayores dificultades están teniendo para cumplirse.

### ***Mortalidad Materna***

**Meta: lograr que en el año 2011 la tasa de mortalidad materna sea del 3,3 por diez mil.**

Está lejos de cumplirse. La tasa en el año 2010 fue de 4,4 por diez mil, es decir, que está igual que en el año 2007. Esta tasa está particularmente estancada ya que si observamos el dato del año 2005, la mortalidad materna alcanzó una tasa del 5,5 por diez mil habitantes.

**Meta: llegar al año 2011 con una reducción de 19 muertes por aborto.**

Está lejos de cumplirse. En el año 2007, 74 mujeres murieron por aborto, en el año 2010, 68. Se espera que para el 2011 esa cifra llegue a 55. Desde el año 2002, este indicador es muy fluctuante.

### ***Mortalidad Infantil***

**Meta: lograr que la tasa de mortalidad infantil se reduzca hasta alcanzar en el año 2011 el 9.9 por mil.**

El promedio de reducción de la tasa en el período 2007-2010 fue del 0.3 por mil por año. En esos cuatro años la tasa se redujo en un 1.4 por mil. Para lograr una tasa del 9.9 por mil entre los años 2010 y 2011 la tasa tendría que reducirse en un 2 por mil. Teniendo en cuenta que por año el promedio es de 0.3 por mil es probable que no se haya logrado la meta.

**Meta: lograr la reducción de 556 muertes postneonatales en el año 2011.**

En el año 2010 hubo 3019 muertes postneonatales. Es decir, que en el período 2007 – 2010 sólo se redujeron en 317 muertes portneonatales.

**Meta: lograr una reducción de 175 muertes de la Tasa específica de mortalidad por infecciones respiratorias en menores de 1 año.**

En el año 2007 murieron 875 niños/as por infecciones respiratorias, mientras que en el año 2010 hubo 675 muertes. Es decir que en el período 2007 -2010 disminuyó en 200 la cantidad de muertes por infecciones respiratorias.

## ASIGNACIÓN UNIVERSAL POR EMBARAZO

Mediante el **Decreto 446/11**<sup>3</sup>, el Gobierno Nacional modificó la Ley 24.714<sup>4</sup> de asignaciones familiares de octubre de 1996, incorporando a la legislación nacional la **Asignación por Embarazo para Protección Social**.

### Monto

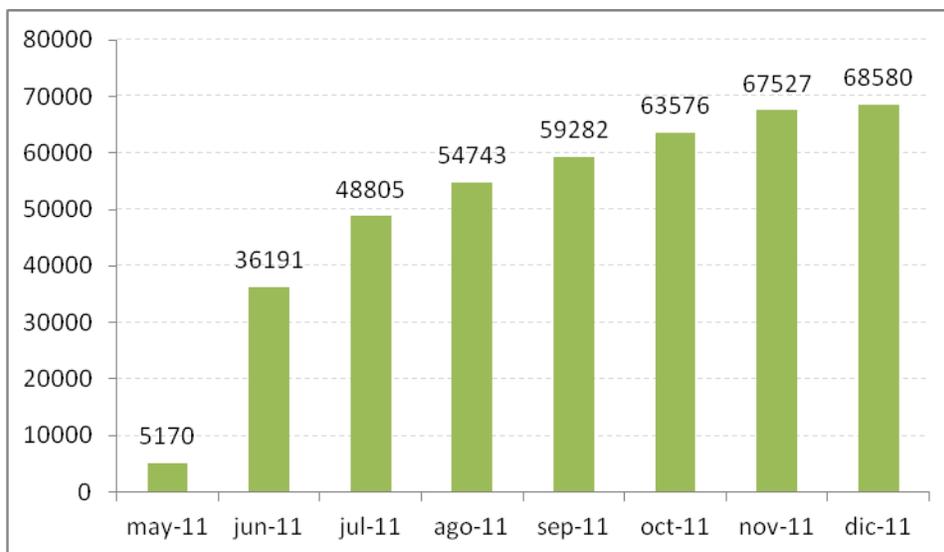
El monto de la Asignación por Embarazo para Protección Social es de **\$ 270**, igual al monto estipulado para la Asignación Universal por Hijo para Protección Social. Mensualmente, se liquida el 80 % de su valor, dado que el 20 % restante se acumula y se hace efectivo una vez que se constata el nacimiento o interrupción del embarazo, previa verificación de todos los controles médico-sanitarios e inscripción del niño en el Plan Nacer.

### Requisitos

Para poder acceder a la asignación, puntualmente se requiere que la mujer embarazada sea argentina, nativa o por opción, con residencia legal en el país no inferior a 3 años previos a la solicitud de la asignación, portadora de DNI, y que además se encuentre inscripta en el Plan Nacer, cumpliendo con los controles que éste establece.

Asimismo, tanto la mujer embarazada como su grupo familiar, deberán estar desocupados; ser monotributistas sociales sin ninguna prestación contributiva o no contributiva; o trabajar en el sector informal o en el servicio doméstico, percibiendo un salario igual o inferior al salario mínimo vital y móvil.

GRÁFICO: EVOLUCIÓN DE LAS BENEFICIARIAS DE LA ASIGNACIÓN POR EMBARAZO

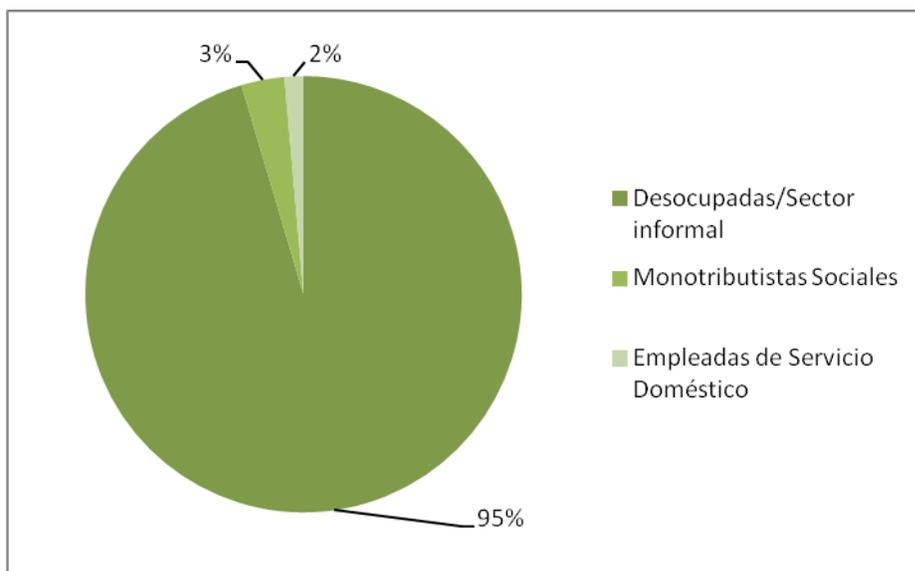


Fuente: “[La Asignación Universal por Hijo para Protección Social en perspectiva](#)”.  
Observatorio de la Seguridad Social (ANSES)

<sup>3</sup> Texto de la norma: <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/180000-184999/181250/norma.htm>

<sup>4</sup> Texto de la norma: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/35000-39999/39880/texact.htm>

GRÁFICO: SITUACIÓN LABORAL DE LAS BENEFICIARIAS



Fuente: "[La Asignación Universal por Hijo para Protección Social en perspectiva](#)".  
Observatorio de la Seguridad Social (ANSES)

### Presupuesto 2012

El presupuesto 2012 no especifica el dinero asignado a la Asignación por Embarazo ya que ésta se desprende de la Asignación Universal por Hijo para la Protección Social. El dato que disponemos es la meta establecida en relación a la cantidad de beneficiarios.

### Asignación universal por hijo para la Protección Social (\$ 11.691.671.285)

Asignación Universal por hijo	3.667.950 beneficiarios
Asignación por Embarazo	95.637 beneficiarios

### CONCLUSIONES

Haciendo un análisis meramente descriptivo de los programas existentes, hacemos notar que la promoción de la práctica del aborto como derecho que debe ser cumplido a través de las políticas sanitarias de nuestro país no resolverá el problema de la salud materna.

La salud materna no está resuelta en nuestro país. Se han logrado muchos avances en la salud infantil, pero estamos ciertamente estancados en la mejora de los niveles de mortalidad materna y cobertura de salud, por ejemplo. Es necesario corregir los diagnósticos para ajustar la mirada que tenemos sobre la realidad: las mujeres embarazadas que tienen embarazos de riesgo y mueren, mueren por hemorragia, por hipertensión, por infecciones. Muchos niños mueren por falta de controles durante el embarazo, muchas madres pierden hijos en las últimas semanas de gestación.

Nos preguntamos entonces: ¿qué estamos haciendo por nuestras mujeres? ¿Qué estamos haciendo por las madres argentinas?

Creemos que es necesario continuar fortaleciendo acciones como las que este informe describe, ya que protegen a las mujeres embarazadas y generan una red de contención para ciertos problemas de salud de la madre y de los recién nacidos. Estamos convencidos de la necesidad de generar un contexto político, social, y cultural, que invite a la protección real de las familias argentinas y de cada uno de sus miembros, especialmente los más desprotegidos o desfavorecidos.

Es necesario volver a creer en la transmisión de la vida como don siempre bueno, es necesario volver a posicionar la maternidad como rol y tarea encomiable.