

PROYECTO **"HACIA LA SALUD UNIVERSAL DE LA POBLACIÓN DEL GRAN CHACO SURAMERICANO"**



PLAN DE ACCIÓN INTER PAÍSES

“Avanzar hacia la Salud Materna y Neonatal en el Gran Chaco Suramericano”
2019-2023

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



INTRODUCCIÓN

1. El territorio del Gran Chaco Suramericano que involucra a Argentina, Bolivia, Paraguay y una pequeña porción de Brasil, por sus características climáticas, geográficas, ambientales y poblacionales, ha vivido un proceso histórico en el cual su exclusión y/o falta de adecuación de las políticas, estrategias y planes de desarrollo a su realidad, han generado desigualdades e inequidades en general y en salud.
2. Las desigualdades e inequidades se expresan con mayor fuerza en los pueblos indígenas y los habitantes de zonas rurales dispersas dada la dificultad institucional y social para gestionar los riesgos en salud, la prevención de la enfermedad, la protección específica ante situaciones de salud relevantes en este territorio, y los problemas de cobertura y acceso a los servicios de salud.
3. Dichas desigualdades e inequidades se observan en la gestante y recién nacido indígenas, y se documentan en los análisis de las causas y demoras frente a las muertes maternas y neonatales.
4. Para elaborar el plan se parte de reconocer los esfuerzos y avances que los países vienen desarrollando desde hace 4 décadas para aplicar estrategias y herramientas de probada utilidad para disminuir la mortalidad materna e infantil con la cooperación técnica de la OPS/OMS.
5. El proyecto "hacia la salud universal de la población del Gran Chaco Suramericano", busca la aplicación de dichas herramientas y estrategias en un territorio con desafíos para mejorar la atención en salud a la mujer, a la gestante y al recién nacido en condiciones de climas extremos, dificultades en la disponibilidad de alimentos, y en la capacidad resolutiva en salud.
6. Con el propósito de orientar a los países y en especial a los territorios en la adopción y adaptación a su realidad de herramientas de comprobada eficacia en salud materna y neonatal a partir de referentes y buenas prácticas, se presenta en este documento la Estrategia y Plan de Acción Inter países: "avanzar hacia la salud materna y neonatal en el Gran Chaco Suramericano", 2019 - 2023.

I. ANTECEDENTES

7. Argentina, Bolivia y Paraguay han definido la salud materno infantil como una prioridad en la agenda gubernamental a nivel de país, en sus políticas, estrategias y planes de acción, adoptando orientaciones generadas a nivel internacional, especialmente las generadas por OMS y OPS. Lo mencionado ha permitido un descenso parcial de la morbimortalidad materna-infantil, con escasos resultados en la población de áreas rurales de difícil acceso, vulnerabilidad climática y en pueblos indígenas, como es el caso del Gran Chaco Suramericano.
8. En dichas políticas se promueve la atención integral, sectorial e interdisciplinaria de la salud sexual y reproductiva en las diferentes etapas del ciclo de vida, buscando garantizar el acceso universal a la atención integral, calidad, equidad, universalidad, solidaridad y enfoque de género.
9. Los países trabajan en la implementación de la atención en salud con base en la estrategia de Atención Primaria en Salud, con enfoque de salud familiar y comunitaria e incorporando de forma transversal la interculturalidad. Sin embargo, los esfuerzos siguen siendo insuficientes para el contexto del Gran Chaco Suramericano.
10. Son insuficientes con relación al fortalecimiento de la rectoría en el nivel local, la expansión de servicios de salud en zonas de difícil acceso geográfico, económico y cultural, el estudio para un financiamiento acorde a las necesidades, y la coordinación intersectorial.
11. Se ha avanzado en la regionalización de la atención para el trabajo en red, usando herramientas de carácter estratégico tales como el Sistema de Información Perinatal - SIP.
12. Se ha avanzado con relación a la disminución de la mortalidad materna en la implementación de estrategias como la de cero muertes evitables, la cual ha contado con hojas de ruta. Interviniendo en los niveles estratégicos y a nivel operativo para mejorar el acceso, la calidad y lo costo efectivo de la atención.
13. Se viene mejorando el cuidado de madres y niños incrementando el acceso y uso de la atención prenatal, el parto institucional, la planificación para disminuir el embarazo no intencional en especial en adolescentes y haciendo vigilancia activa.
14. Con relación a la respuesta ante las emergencias obstétricas se viene formando el personal de salud y las comunidades en código rojo, el AMEU, el uso del balón de Bakri y los trajes anti-Shock, en un escenario donde la respuesta en red, para la referencia y contra referencia es insuficiente, sobre todo en las zonas de frontera y rurales dispersas.
15. Con relación a la atención a los recién nacidos y para disminuir la mortalidad neonatal, se trabaja con el RCP, la promoción de la lactancia materna, la asistencia técnica a los niveles subnacionales, entre otros.
16. Otros elementos que se están trabajando para su mejoría son la racionalización y

mejora de las condiciones laborales para el recurso humano, la gestión de los traslados de pacientes en especial de los recién nacidos en estado crítico, el mejoramiento de la calidad de los datos, la gestión para la provisión de equipos y conectividad dónde sea necesario, el fortalecimiento de los comités de análisis de mortalidad, la notificación de las muertes neonatales.

17. El trabajo en la mejora continua de las instituciones donde se atienden partos normales y en las maternidades donde se atienden las remisiones, sigue siendo insuficiente y se requiere de la aplicación del instrumento para la valoración de las condiciones esenciales de los servicios materno-infantiles, en las redes de atención en el contexto del Chaco.

II. BUENAS PRÁCTICAS QUE APORTAN A LA SALUD MATERNA Y NEONATAL EN EL GRAN CHACO SURAMERICANO

Con las comunidades indígenas

18. El Código rojo¹ comunitario e intercultural es una actividad para capacitar a parteras y promotores de salud indígenas, para la identificación precoz de signos de alarma obstétricos y remisión oportuna de las gestantes a las unidades de salud. Esta actividad favorece la articulación entre el personal de los servicios de salud y la comunidad para mejorar el acceso de mujeres indígenas en riesgo obstétrico a las unidades sanitarias. Es un trabajo realizado en Paraguay.
19. Los equipos móviles, son un mecanismo de expansión de los servicios de salud a las zonas rurales dispersas, y trabajan bajo la estrategia de APS y el enfoque de salud familiar, comunitaria e intercultural. Se trabaja en los tres países bajo esquemas diferentes, pero similar en la conformación de los equipos.

Salud materna y neonatal con enfoque intercultural

20. La atención prenatal intercultural, es la adecuación de la atención prenatal para mediante el diálogo de saberes entre el personal de salud, fundamentalmente médicos, enfermeras y obstetras con las parteras indígenas, generando reconocimiento y confianza mutuos, y garantizando la atención institucional. Se trabaja en Bolivia y Paraguay.
21. Para el parto culturalmente seguro, el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia cuenta con una guía operativa sobre prácticas y tecnologías apropiadas en salud materna y neonatal.

Respuesta a la emergencia obstétrica

22. El Servicio de Emergencias Médicas Extrahospitalarias - SEME en el Chaco Paraguayo, es la institución que en el marco del SEME Nacional está adecuando su respuesta ante las

1. NOTA CLAP. Originalmente, lo referente a códigos rojos, se relacionó con la sangre (hemorragias obstétricas), aquí el concepto es mucho más amplio que la hemorragia y cubre todas las posibles emergencias obstétricas.

urgencias y emergencias médicas a las condiciones del Chaco, incluido lo relacionado con las zonas de frontera.

23. El Código Rojo activado en Red, es un mecanismo para la respuesta organizada ante una emergencia obstétrica y/o neonatal por parte de los servicios de salud, iniciando la atención a través de los equipos de respuesta rápida, activando la red integrada de servicios con el apoyo del Servicio de Emergencias Médicas Extrahospitalarias - SEME. Este mecanismo permite la disminución del tiempo de respuesta ante la emergencia. Se trabaja en Paraguay.

Agua segura

24. Re-funcionalización de sistemas de agua segura en establecimientos de salud que atienden gestantes, es una intervención que

busca garantizar agua segura, saneamiento e higiene en establecimientos de salud, en zonas con poca disponibilidad de agua y largos períodos de sequía.

Vigilancia epidemiológica

25. La Vigilancia activa es un ejercicio del equipo de salud, en el que cualquiera de los actores participantes en el evento, activan y notifican el caso. Todos son parte integrante del análisis de este y del desarrollo de estrategias que tienen como propósito “desalinear” las posibilidades de continuar repitiendo eventos adversos bloqueando situaciones similares en las prácticas asistenciales.
26. La epidemiología de campo es un programa de entrenamiento para mejorar las capacidades del personal de salud para la vigilancia epidemiológica en el nivel local.

III. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EN EL CHACO

Dimensión y tendencia del problema

El presente análisis es una aproximación acorde con la información oficial disponible.

27. En los 19 municipios priorizados del proyecto “hacia la salud universal del Gran Chaco Suramericano”, en el período comprendido entre 2011 y 2017, se verificó una tendencia a la disminución de la mortalidad materna, lo cual en números absolutos se dio así (ver tabla 1):

- En Argentina pasó de 4 a 3 muertes maternas, siendo una mínima disminución,

informando 27 muertes para el período en 8 municipios, con una mayor frecuencia en Tartagal un hospital maternidad de referencia¹.

- En Bolivia pasó de 7 a ninguna, lo cual es la disminución deseada. Informó de 16 muertes para el período en 5 municipios, con una mayor frecuencia en Villamontes².
- En Paraguay se mantuvo en 2, sin embargo, en tres de los años del período reportó entre 4 y 5 muertes. Esta es una disminución intermedia luego de un período de un aumento importante entre 2012 y 2016³.

TABLA 1. Casos de Mortalidad Materna en municipios priorizados del proyecto “hacia la salud universal del Gran Chaco Suramericano” 2011 - 2017.

Número de casos de muerte materna	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Argentina	4	2	6	5	4	3	3
Bolivia	7	1	2	3	1	2	0
Paraguay	2	4	5	2	1	5	2

Fuente: ARG (Programa Estadísticas MINSa - Salta); BOL (SNIS - VE); PAR (DIGIES). Elaboración Propia.

Con relación a la edad

28. La muerte materna según edad en los municipios priorizados del proyecto tuvo la siguiente distribución:

Intervalo de edad	% en Argentina	% en Bolivia	% en Paraguay
10 a 19 años	17	Ninguna	37
20 a 29 años	33	22	25
30 a 39 años	50	78	13
Más de 40 años	Ninguna	Ninguna	25

FUENTES: Subsecretaría de medicina Social - Ministerio de Salud de Salta - ARG; Sistema Nacional de Información en Salud y vigilancia epidemiológica SNIS - VE, BOL; DGIES Ministerio de Salud y Bienestar Social de Paraguay.

Según etnia

29. En Argentina se reportó para el 2017 que el 33% de las muertes maternas se produjeron en mujeres indígenas del pueblo Wichi (1), en Paraguay para el período 2016 - 18 se reportó que el 78% de las muertes se dieron en mujeres indígenas en el pueblo Enxet Sur⁴. La información de Bolivia permitió determinar que el 40% ocurrieron en área rural, pero no se especificó la pertenencia étnica (2).

con un 68% de causas directas y un 32% de causas indirectas⁵. De las directas el 32% por eclampsia, el 20% acretismo placentario y el 16% embarazo ectópico (5).

En los municipios de Machareti (Chuquisaca), Villamontes y Yacuiba (Tarija), en el Chaco de Bolivia, en el período 2011 - 2017, se reportó la mortalidad materna según causa con un 80% directa, 10% indirecta y 10% sin datos. De las directas 20% por eclampsia, 20% por retención de placenta, 10% atonía uterina, 10% sepsis puerperal, 10% aborto (2).

Según Causa

30. En los departamentos de San Martín y Rivadavia, Chaco Argentino, en el año 2017 se reportó la mortalidad materna según causa

En los municipios de Bahía Negra, Fuerte Olimpo, Carmelo Peralta y Puerto Casado (departamento Alto Paraguay), de teniente

Irala Fernández (departamento presidente Hayes), y Mariscal Estigarribia (departamento de Boquerón), en el Chaco paraguayo, durante el período 2011 - 2017, se reportó que el 100% de las muertes maternas correspondieron a causas obstétricas directas. El 60% por eclampsia, el 25% por hemorragias y el 15% por aborto (3).

Análisis de las demoras

31. El registro y análisis de las demoras realizado para el proyecto en el Chaco Paraguayo con relación a las muertes ocurridas entre 2016 y 2018, permite observar que el 54% correspondieron a la tercera demora, el 23% a la segunda y el 23% a la tercera (4). En el análisis de la tercera demora se identifican tres retrasos, uno en identificar la emergencia en el 25% de los casos, otro para iniciar la compensación con el 25%, y otro para trasladar la paciente en un 50% de los casos. Esto evidencia las dificultades en los traslados en el contexto del Chaco, por problemas de comunicación entre los servicios, de transporte por la disponibilidad de ambulancias y recurso humano para las mismas, los factores climáticos, las distancias y condiciones de las vías (4).
32. La información disponible permite realizar una primera aproximación a la situación relacionada con la mortalidad materna en los municipios priorizados del proyecto: "Hacia la salud universal de la población del Gran Chaco Suramericano".
33. En términos generales hay una pequeña tendencia a la disminución de la mortalidad materna en los municipios priorizados, con diferencias entre países y con municipios donde la situación es crítica como Tartagal en Argentina, Villamontes en Bolivia y teniente Irala Fernández en Paraguay.
34. Las muertes maternas ocurren en un mayor

porcentaje² en el intervalo de edad entre los 30 y 39 años. Otro rango de edad con un porcentaje importante de muertes maternas está en las mujeres entre 10 y 19 años.

35. Las mujeres indígenas reportan más casos de mortalidad materna en especial en Paraguay donde el 78% de los casos se dieron en mujeres Enxet sur, en Argentina el 40% en mujeres Wichi. Si bien en Bolivia no hay un dato específico el 40% ocurrieron en áreas rurales donde habitan las comunidades indígenas.
36. El mayor porcentaje de causas en todos los países son Directas, con una tendencia a aumentar las toxemias y en un menor porcentaje las hemorragias.
37. La mayor demora corresponde a la tercera. En el análisis de las demoras en lo extrahospitalario permite evidenciar tres retrasos el de identificar, el de compensar y con mayor peso el retraso en el traslado.

Que hacer

38. Los ministerios de salud de los países, los referentes técnicos del nivel territorial, las comunidades y sus organizaciones, recomiendan trabajar en:
 - a. **Fortalecer capacidades institucionales**
 - Fomentar el trabajo de las Licenciadas en obstetricia en el nivel local.
 - Contar con albergues para mujeres gestantes en riesgo, con enfoque intercultural.
 - b. **Guías y protocolos para:**
 - Trabajar la atención prenatal con enfoque intercultural, generando confianza mutua.
 - Identificar de forma oportuna factores de riesgo de preeclampsia e iniciar tratamiento preventivo con AAS y calcio.

2. NOTA: En el caso del Chaco Los municipios priorizados en el proyecto tienen poca población y derivado de esto pocas mujeres gestantes y muertes maternas en comparación con municipios de mayor población. Por lo anterior una muerte más o una muerte menos, año a año, modifica de forma importante la Razón de Mortalidad Materna, generando dificultades para la comparación, por lo anterior en este texto se utiliza el porcentaje.



- Mejorar los niveles de comunicación y coordinación de la red de los servicios de Salud para la referencia y contrarreferencia.
- Fortalecer la Vigilancia materna y neonatal.

c. Formación de capacidades

- Realizar capacitaciones Continuas "en el servicio y en terreno", para la atención de las gestantes con enfoque intercultural.
- Formación con ejercicios de simulación (materna-neonatal y pediátrica).

- Reforzar los conocimientos de los equipos de salud en Código Rojo institucional para dar respuesta en red.

d. Participación comunitaria

- Trabajar con las Autoridades Indígenas.
- Mejorar las capacidades de las comunidades para identificar las señales de alarma en el embarazo y parto (Código rojo comunitario).

IV. PROPÓSITO

39. Aportar mediante acuerdos Inter países a la disminución de las inequidades y desigualdades en salud en la Región del Gran Chaco Suramericano con relación a la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

V. ESTRATEGIA

40. Reconociendo que existen experiencias y buenas prácticas en los países para adoptar y adaptar las políticas, estrategias y acciones en salud materna e infantil, en el Contexto del Gran Chaco Suramericano, la estrategia elegida es la de promover el ejercicio de la adecuación técnica y cultural para intervenir en salud materno infantil, en el contexto de temperaturas extremas, problemas en la dis-

ponibilidad de agua segura, de alimentación adecuada y suficiente, de servicios de salud del primer nivel con insuficiente recurso humano, dotación, insumos, comunicación y transporte, con la participación de los pueblos indígenas y demás grupos involucrados, para operacionalizar las 5 líneas estratégicas priorizadas por Argentina, Bolivia y Paraguay.

VI. PLAN DE ACCIÓN INTER PAÍSES 2019 - 2023

LÍNEA ESTRATÉGICA DE ACCIÓN 1. Fortalecimiento del sistema de registro e información en salud, para la generación de información de salud materna e infantil del Chaco a nivel de país e Inter países

41. Esta línea estratégica tiene como fin mediante acuerdos Inter países, el desarrollo de los sistemas de información de país, para la generación de datos de los municipios del Chaco, aportando a contar con evidencia en salud materna e infantil para la toma de decisiones tanto a nivel de país, como para el

trabajo Inter países. El trabajo mencionado será posible mediante el fortalecimiento de capacidades institucionales que incluye mejorar competencias del talento humano, la disponibilidad de recursos tecnológicos y el uso de herramientas para el análisis de informaciones.

RESULTADO ESPERADO	ACTIVIDADES	INDICADOR
Sistema de información de ARG, BOL y PRY fortalecido para aportar información de salud materno infantil, desagregada a nivel municipal, para la toma de decisiones a nivel de país e Inter país.	Fortalecer o iniciar uso del SIP, en establecimientos de salud.	1.1. Número de establecimientos de salud generando información a través del Sistema de Información Perinatal (SIP).
	Capacitar recurso humano con contratación estable para el manejo del SIP.	
	Cooperación técnica en SIP programada con el CLAP.	
	Unificar herramientas como formularios y carnés, adecuados a la realidad del Chaco.	
	Crear un Centro Integrador de Datos.	
	Generar análisis de la situación de salud materna y neonatal del Gran Chaco.	

LÍNEA ESTRATÉGICA DE ACCIÓN 2. Fortalecimiento de la respuesta en salud materna e infantil, a través de redes articuladas de servicios de salud

42. La línea estratégica dos busca fortalecer la capacidad institucional de respuesta de las microrredes y redes de atención en salud, mediante un trabajo que considere el personal de salud que está en relación directa con las comunidades, los centros más básicos de atención en salud, los servicios que atienden los embarazos y partos normales, los centros que regulan los traslados en casos de emergencias, las maternidades de segundo y tercer nivel.

Esta línea considera el cumplimiento de las condiciones esenciales para la atención materna e infantil, el fortalecimiento de las competencias del recurso humano en planificación familiar con métodos modernos, la atención prenatal con enfoque intercultural, la atención de parto institucional culturalmente seguro, el manejo oportuno de la emergencia obstétrica y/o neonatal bajo la activación y cumplimiento por la red de servicios de las guías y protocolos.

RESULTADO ESPERADO	ACTIVIDADES	INDICADOR
Al menos una red integrada de atención en salud por país y en zona de frontera, da respuestas efectivas, oportunas y de calidad en salud materna e infantil, en el Gran Chaco Suramericano.	Atención de las emergencias obstétricas y neonatales, a través de las redes y microrredes con guías para la atención en los diferentes contextos del Chaco.	2.1. Número de defunciones maternas, desagregadas según tipo de demora.
	Atención institucional con la perspectiva del parto culturalmente seguro, incorporando en los servicios los enfoques de derechos e interculturalidad.	2.2. Número de vidas salvadas en mujeres con diagnóstico de morbilidad materna extrema.
	Capacitaciones en código rojo activado para la atención en red.	2.3. Porcentaje de partos institucionales atendidos con enfoque intercultural.
	Capacitación en el manejo en red de las urgencias perinatales.	

LÍNEA ESTRATÉGICA DE ACCIÓN 3. Prevención de embarazos no deseados y de las complicaciones derivadas de ellos

43. La línea estratégica de acción tres plantea trabajar en la prevención del embarazo no deseado y sus complicaciones a partir de los marcos legales de los países, para garantizar el acceso universal a métodos anticonceptivos modernos.

Para avanzar en este propósito prioriza el trabajo con mujeres adolescentes e indígenas por ser las más vulnerables. Actuará promoviendo la capacitación tanto del personal de salud como de grupos sociales e institucionales claves, el suministro a los hospitales de los métodos de planificación, el acom-

pañamiento de la toma de decisiones a las mujeres en momentos como el postparto. Por último y de gran importancia establecer espacios de diálogo y aprendizaje mutuo con

las comunidades indígenas para mejorar las condiciones de salud de las mujeres y hacer acuerdos sobre planificación familiar.

RESULTADO ESPERADO	ACTIVIDADES	INDICADOR
Se han implementado en al menos dos comunidades de cada país del proyecto Chaco, acciones que aportan a la disminución del embarazo no intencional, en especial en mujeres adolescentes e indígenas.	Dotación de métodos anticonceptivos a los servicios de salud de primer nivel para su aplicación.	3.1. % de embarazos planeados desagregados por rango de edad.
	Promover la anticoncepción post-evento obstétrico - AIPE y el espaciamiento de los embarazos.	
	Capacitar las adolescentes en salud sexual y reproductiva.	
	Capacitación en métodos de anticoncepción (LARCS, emergencias, otros) en diferentes espacios sociales e institucionales.	
	Realizar diálogos de saberes y acuerdos sobre salud de la mujer indígena y planificación familiar.	
	Implementar estrategias de comunicación social en salud sexual y reproductiva, incluida la comunicación intercultural.	

LÍNEA ESTRATÉGICA DE ACCIÓN 4. Participación comunitaria e interculturalidad

44. La línea estratégica cuatro, parte de la realidad para el trabajo en salud en el Chaco, en el cual aún con todos los esfuerzos no es posible que personal de salud de las instituciones esté de forma permanente en las comunidades con mayor dificultad para el acceso geográfico, y aún si esto se da, las diferencias culturales crean la necesidad de contar con alternativas que se den desde las mismas comunidades indígenas para lograr la pertinencia cultural.

Por lo anterior se plantea fortalecer las ca-

pacidades comunitarias en salud, lo cual va desde promover la inclusión del tema de salud en el trabajo de las formas organizativas de las comunidades, de la capacitación de voluntarios y promotores de salud para el trabajo en promoción de la salud; el desarrollo de diálogos en salud con toda la comunidad o con grupos específicos como mujeres, adolescentes; diálogos para temas específicos como planificación familiar; capacitaciones como código rojo comunitario; y otras actividades identificadas y acordadas en cada contexto específico.

RESULTADO ESPERADO	ACTIVIDADES	INDICADOR
Al menos tres comunidades indígenas y/o campesinas por país del proyecto Chaco, de zonas con problemas de acceso geográfico, económico y/o cultural, cuentan con competencias en salud con perspectiva intercultural.	Formación de equipos de instituciones locales de salud, en salud comunitaria e intercultural.	<p>4.1. % de instituciones de salud del nivel local priorizadas, con funcionarios capacitados para el trabajo en salud comunitaria e intercultural.</p> <p>4.2. Número de comunidades indígenas priorizadas; con líderes, parteras y promotores capacitados en salud intercultural.</p>
	Capacitación con comunidades en organización en salud mediante diálogo de saberes.	
	Realizar diálogos de saberes sobre la salud y el cuidado de la mujer indígena a lo largo del curso de vida.	
	Capacitación con autoridades indígenas y comunidades en planes de parto, mediante diálogo de saberes.	
	Capacitación con parteras indígenas, promotores y voluntarios de salud en código rojo comunitario.	

LÍNEA ESTRATÉGICA DE ACCIÓN 5. Implementación y Monitoreo de buenas prácticas en salud materna y neonatal

45. La línea estratégica de acción cinco, es la responsable de promover la identificación e intercambio de buenas prácticas en salud materna e infantil en el marco del trabajo en salud en el Gran Chaco Suramericano. Además de la identificación e intercambio, busca

desarrollar mecanismos para que los países se apropien institucionalmente y de forma contextualizada de las buenas prácticas. Para lo anterior deben existir espacios y mecanismos para lograr acuerdos y compromisos Inter países.

RESULTADO ESPERADO	ACTIVIDADES	INDICADOR
Al menos 3 buenas prácticas en salud materna y neonatal, una generada por cada país, apropiada institucionalmente por los demás países.	Código Rojo comunitario e institucional con enfoque intercultural - Paraguay.	5.1. Número de municipios que adoptaron y adaptaron al menos una de las buenas prácticas identificadas en el trabajo Inter países
	Aplicación en servicios de salud la guía operativa sobre prácticas y tecnologías apropiadas en salud materna y neonatal - Bolivia.	
	Equipos móviles de APS, trabajando bajo la estrategia MELONP.	

1. Ministerio de Salud de Salta. Subsecretaría de Medicina Social. Programa de estadística.
2. Ministerio de Salud Bolivia. Sistema Nacional de Información en Salud y vigilancia epidemiológica SNIS - VE.
3. Ministerio de Salud y Bienestar Social de Paraguay. Sub-sistema informático de estadísticas vitales - SSIEV.
4. Ministerio de Salud y Bienestar Social de Paraguay. Programa de Salud Sexual y reproductiva.
5. Ministerio de Salud de Salta. Sub-secretaría de Medicina Social. Comisión Provincial Técnica de Auditoría de la Mortalidad Materno Infanto-Juvenil.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

OMS, Respeto de los derechos humanos cuando se proporcionan información y servicios de anticoncepción: Orientación y recomendaciones.

OPS/OMS, Plan estratégico 2014 - 2019.

OPS, Salud reproductiva y maternidad saludable; Legislación nacional de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos 2013.

OPS, Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave 2011.

Fariña, Diana. Avanzar hacia la salud materna y neonatal en el Gran Chaco Suramericano, Salta; PPT. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación Argentina, Agosto 2018.

Ministerio de Salud Presidencia de la Nación Argentina; Consejo Federal de Salud, Plan estratégico para la reducción de la mortalidad materna y la mortalidad infantil 2009 - 2011, Diciembre 2008.

Ministerio de Salud Salta, Argentina; Subsecretaria de Medicina Social; Salud Materna y Neonatal; PPT, Agosto 2018.

Ministerio de Salud Salta, Argentina; Subsecretaria de Medicina Social; Salud Materno Infantil; PPT, Agosto 2018.

Ministerio de Salud Salta, Argentina; Subsecretaria de Medicina Social; Vigilancia activa MM y MI; PPT, Agosto 2018.

Ministerio de Salud y deportes de Bolivia; Plan estratégico nacional para mejorar la salud materna, perinatal y neonatal en Bolivia 2009 - 2015; LA PAZ. EN: Serie de documentos técnico-normativos 2010.

Ministerio de Salud de Bolivia; Dirección General de Planificación; Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica; Estudio Nacional de Mortalidad materna 2011, Bolivia. EN: Serie de documentos de investigación N° 44.2016.

Naciones Unidas; Estrategia mundial de salud de las mujeres y los niños, Nueva York 2010.

Becerra, Mariela; Vera, Angela; Nuñez, Rosa María; mortalidad materna: situación y necesidades de atención, Chaco de Bolivia; PPT, Agosto 2018.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay; Código rojo comunitario; PPT, Agosto 2018.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay; Análisis de la morbimortalidad materna institucional: método ACABAMM; PPT, Agosto 2018.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay; Guía de vigilancia epidemiológica de la morbimortalidad materna, fetal y neonatal.

CLAP/SMR - OPS/OMS, Líneas de cooperación técnica de CLAP y componentes estratégicos para reducir la morbimortalidad materna; PPT, Agosto 2018; PPT, Agosto 2018; CLAP/SMR - OPS/OMS, Tecnologías Perinatales, SIP y SIP Plus; PPT, Agosto 2018.

Gómez Ponce de León, Rodolfo; CLAP/SMR - OPS/OMS, Salud sexual y salud reproductiva; PPT, Agosto 2018.

De la Galvez Murillo, Alberto; Mortalidad materna un análisis en profundidad y sus dimensiones para la política pública; Bolivia. CIDES - UMSA.1ra. Ed. 2017.

Anexo 1: Lista de participantes

TALLER: Plan de acción Inter países: "Avanzar hacia la salud materna y neonatal en el Gran Chaco Suramericano", Salta, Argentina, 13 a 15 de agosto de 2018

Argentina	Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación	Diana Fariña
	Ministerio de Salud de Salta	Sandra Villagran
		Adriana Jure
		Norma Beatriz Hernández
		Lila Patricia Castro
		Gabriela Alejandra Chilo
		Alejandro Albaca
		Gustavo Alias
		Orlando Islas
		Elfi Jockers
		Silvina Delaporte
		Sandra Martínez
		Andrea Hoyos
		Rocío Sánchez
Norma Beatriz Alvarez		
Paraguay	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social	Jorge Sosa
		Daniel Ramallo
OPS	Representación de la OPS en Argentina	Victoria Bertolino
		Alejandra Ferrero
	Representación de la OPS en Bolivia	Rosa María Nuñez
		René Alarcón
	Representación de la OPS en Paraguay	Juan Seclen
		Gladis Flaming
		Milton Guzmán
	CLAP	Bremen de Mucio
Rodolfo Gómez		

Con la cooperación de la Representación de la OPS en Brasil

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas