

Intervenciones en políticas y sistemas de salud

Edgardo Ábalos, Silvina Ramos, Mariana Romero

1. ¿Por qué hablamos de políticas de salud informadas por la evidencia?
2. Intervenciones en sistemas y políticas de salud
3. Consideraciones finales

“[...] La Organización Mundial de la Salud ha calculado que más de 1,500¹ mujeres y niñas mueren cada día como resultado de complicaciones prevenibles que ocurren antes, durante y después del embarazo y parto; y que, a nivel global, la mortalidad materna es la principal causa de muerte en mujeres y niñas en edad reproductiva [...] la mayoría de los casos de mortalidad y morbilidad maternas son prevenibles; y que la mortalidad y la morbilidad maternas prevenibles son retos para la salud, el desarrollo y los derechos humanos, lo cual también requiere de la promoción y protección efectiva de los derechos humanos de mujeres y niñas, en especial su derecho a la vida, a ser iguales en dignidad, a la educación, a tener libertad de buscar, recibir e impartir información, a gozar de los beneficios del avance científico, a vivir libres de discriminación y a gozar del más alto nivel posible de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva [...]”.

Asamblea General Naciones Unidas.
Consejo de Derechos Humanos, 2009.

1. ¿Por qué hablamos de políticas de salud informadas por la evidencia?

Los responsables de la toma de decisiones en políticas deben contar con evidencias sólidas para tomar decisiones bien informadas acerca del acceso equitativo y universal a la atención de la salud. Su conocimiento es necesario para definir los servicios, los programas y las prestaciones por ofrecer o cubrir, el modo de implementarlos, de construir el sistema y los mecanismos de gobernanza, de definir las modalidades de financiamiento, y de implementar los cambios necesarios de la manera más eficaz.

Las decisiones políticas están influenciadas por otros factores además de la evidencia. Conforman estos factores, las restricciones institucionales, los intereses sectoriales, los valores culturales de la comunidad y factores externos, como la situación económica y la política global. La evidencia proveniente de las investigaciones no es el único insumo que se requiere para la toma de decisiones. Sin embargo, promover su utilización, junto con el juicio adecuado acerca de su relevancia y calidad, son desafíos clave para alcanzar un mejor uso de los recursos y logros significativos en la salud de la población.

Los responsables de la toma de decisiones de políticas muchas veces centran su atención en la efectividad de las intervenciones clínicas ofrecidas por los programas o servicios (véase Hoja Informativa 2). Sin embargo, con frecuencia no reciben la misma atención aspectos del funcionamiento del sistema de salud que garanticen, por ejemplo, una alta tasa de cobertura para esos programas y servicios. Estos aspectos del sistema de salud comprenden:

- **Gobernanza:** quién tiene responsabilidad y autoridad política, organizativa, financiera y profesional sobre aquellas instituciones y mecanismos del sistema de salud que podrían cumplir un rol importante para abordar el problema e impulsar los cambios.
- **Provisión de servicios:** cuál es la población objetivo del programa o servicio/s; quién los provee; dónde se brinda la atención; qué tecnologías de información y comunicación se utilizan, y cuáles son los sistemas de seguridad y calidad previstos.

- **Financiamiento:** quién financia el programa y/o los servicios; cuáles son los mecanismos de financiamiento que se utilizan; cómo se recompensa a los profesionales involucrados; cómo se ofrecen incentivos a los pacientes/usuarios para que utilicen los servicios; cómo se asignan los recursos.
- **Implementación:** cuáles son las mejores estrategias para facilitar los cambios de conducta necesarios entre los profesionales y los beneficiarios de la atención, los cambios institucionales y organizacionales del sistema de salud y de los programas y servicios; cómo se identifican las barreras y los facilitadores de los cambios necesarios.

En esta hoja informativa se resumen la evidencia disponible y las brechas en el conocimiento existentes en estos cuatro aspectos. La evidencia derivada de revisiones sistemáticas de estudios que evaluaron resultados relacionados con la salud materna está resumida en las tablas 1, 2, 3 y 4.

2. Intervenciones en sistemas y políticas de salud

Gobernanza

Gobernanza es un concepto de reciente difusión, empleado en términos tanto económicos como sociales o de funcionamiento institucional (esencialmente la interacción de sus distintos niveles). Se utiliza para conceptualizar los problemas y las oportunidades y los contextos en la frontera entre lo social y lo político.

En la terminología actual alude a la forma de interacción de las administraciones públicas con el mercado y la sociedad civil, que no obedece a una subordinación jerárquica, sino a una integración en red, en lo que se ha denominado "redes de interacción público-privado-civil a lo largo del eje que va desde lo local hasta lo global". Estos aspectos no pueden ser tratados por cada uno de estos campos de forma aislada.

Al abordar los aspectos relativos a la gobernanza, los responsables de la toma de decisiones en políticas de salud deben tener en cuenta:

- ¿En qué grado se debe centralizar o descentralizar la responsabilidad para la gestión y provisión de los servicios de salud?
- ¿En qué grado la responsabilidad debe estar en manos del gobierno (en sus distintos niveles institucionales) o de organizaciones privadas con o sin fines de lucro?
- ¿Cómo se debe implementar y monitorear la gobernanza para asegurar una adecuada rendición de cuentas, calidad de atención y acceso equitativo?
- ¿En qué grado las estructuras de gobernanza deben ser cerradas o abiertas (participativas)?

Cuadro 1. Gobernanza

Intervención	Posibles beneficios	Limitaciones
Subcontrato de servicios ¹	Evidencia de baja calidad (tres estudios) sugiere que la subcontratación de servicios a prestadores no estatales sin fines de lucro puede incrementar el acceso a los servicios de salud y su utilización.	Estos efectos podrían atribuirse a causas no relacionadas con la contratación de servicios. Ninguno de los tres estudios presentó evidencia sobre si la subcontratación de servicios era más efectiva que realizar una inversión similar en el sector público.
Apoyo en el pregrado para profesionales de la salud ²	El apoyo financiero durante el pregrado y la identificación y el apoyo a potenciales estudiantes podría tener un impacto positivo en la oferta de trabajadores de la salud.	Los datos derivan de dos estudios realizados en los Estados Unidos. Deben evaluarse las estrategias y sus posibles impactos en países en desarrollo.
Participación de los consumidores en la gestión de las políticas de salud ³	En un estudio aleatorizado por grupos (clusters) realizado en Nepal se indica que la participación de la comunidad en la detección de problemas y la gestión de los cuidados para resolverlos mejoraron la cobertura de control prenatal, el parto institucional, y la atención del parto por personal capacitado, en condiciones higiénicas.	El estudio de Nepal sólo evaluó la gestión de los cuidados en una pequeña comunidad. No se encontraron estudios de países de medianos y bajos ingresos acerca de los métodos o el grado de participación de los consumidores en el desarrollo de políticas de salud aplicadas en los niveles regional o nacional.

Provisión de servicios

Las modalidades de provisión (*delivery arrangements*, del original en inglés) son aquellas necesarias para asegurar que los programas o servicios efectivos sean provistos en forma eficiente y equitativa a la población objetivo. La efectividad de estas acciones debe ser evaluada de la misma forma que las intervenciones clínicas, especialmente en países de medianos y bajos ingresos, donde los responsables de la toma de decisiones en políticas de salud a menudo enfrentan los desafíos relacionados con grandes demandas y escasez de recursos.

Al considerar las modalidades de provisión de servicios, los responsables de la toma de decisiones en políticas de salud deben tener en cuenta:

- ¿A quiénes están dirigidos los programas y/o servicios y/o prestaciones y cuáles son los esfuerzos que los beneficiarios deben realizar para acceder a ellos?
- ¿Quién los proporciona? ¿En qué lugar?
- ¿Con qué información y tecnologías de comunicación se cuenta?
- ¿Cuáles son los niveles de calidad y seguridad en la atención?

Las revisiones sistemáticas de la literatura muestran que no se cuenta con evidencia suficiente para extraer conclusiones respecto de otras modalidades de provisión de servicios, como:

- Promoción de la salud antes del embarazo para mejorar los resultados del embarazo.
- Residencias para mujeres embarazadas para mejorar los resultados maternos y perinatales en países de medianos y bajos recursos.
- Alta hospitalaria en el posparto precoz para madres y niños/as sanos.
- Intervenciones dirigidas a aumentar la proporción de profesionales de la salud en áreas rurales o desfavorables.
- Apoyo domiciliario para mujeres adultas y madres adolescentes en situación de vulnerabilidad.
- Parto domiciliario versus parto institucional.
- Estrategias para integrar los servicios de atención primaria en el mismo lugar donde se proveen los servicios.
- Auditoría y reporte al equipo de salud (feedback) de eventos críticos para mejorar la morbimortalidad materna y perinatal.
- Hospitales de día para mujeres con complicaciones del embarazo.

Cuadro 2. Modalidades de provisión de servicios

Intervención	Posibles beneficios	Limitaciones
Atención del embarazo, parto y puerperio por parteras profesionales ⁴	La atención por parteras profesionales se asoció a la reducción del riesgo de pérdida de un recién nacido antes de las 24 semanas, a la disminución del uso de analgesia regional, con menos episiotomías o partos instrumentales. También aumentó la probabilidad de un parto vaginal espontáneo y de iniciar la lactancia materna. No se identificaron efectos adversos.	La revisión sistemática incluye once estudios (12.276 mujeres) realizados en el Reino Unido, Canadá y Australia. Se necesita evidencia proveniente de países de medianos y bajos recursos, y de lugares donde la asistencia por parteras capacitadas no es común o no se cuenta con ella.
Capacitación de parteras tradicionales para la atención del parto ⁵	No hay precisión respecto del impacto sobre la mortalidad materna, de la capacitación adicional a las parteras tradicionales. Existen algunos indicios de que puede disminuir las muertes perinatales. Sin embargo, la evidencia es contradictoria respecto del efecto sobre la morbilidad materna, que engloba problemas que varían desde hemorragia y septicemia puerperal hasta trabajo de parto obstruido y la referencia de mujeres con complicaciones del embarazo y parto.	Los factores que deben considerarse al analizar la posibilidad de que esta evidencia sea transferible a otros ámbitos incluyen la existencia de una red de parteras tradicionales que pueda ser beneficiaria de una mayor capacitación; la aceptación de prestadores no profesionales dentro del sistema formal de salud; las normas y los valores culturales respecto del embarazo y el parto; las causas locales de malos resultados en salud materna y perinatal, y la capacidad de las mujeres para acceder a la atención de la salud.
Centros obstétricos alternativos versus convencionales para la atención del parto ⁶	Cuando se los compara con los centros hospitalarios convencionales, en los centros obstétricos hospitalarios alternativos se observa una mayor probabilidad de partos vaginales espontáneos, menos intervenciones obstétricas y mayor satisfacción materna.	La evidencia proviene de nueve estudios (10.684 mujeres) realizados en el Reino Unido, Dinamarca, Canadá, Suecia e Irlanda. No se pueden extraer conclusiones acerca de las variaciones en el personal, los modelos organizacionales o las características arquitectónicas de los diferentes modelos alternativos. No se cuenta con datos de países de medianos y bajos ingresos.
Trabajadores sanitarios legos en la asistencia sanitaria primaria y comunitaria ⁷	La evidencia actual sugiere beneficios sólo referidos al inicio y mantenimiento de la lactancia materna. Es insuficiente para extraer cualquier conclusión firme relacionada con otros resultados de salud materna.	De los ochenta y dos estudios considerados en la revisión, en dieciocho se evaluaron el inicio o mantenimiento de la lactancia materna como resultado de la intervención. Diez de ellos fueron realizados en países desarrollados. No se encontraron estudios orientados a otros resultados de salud materna.
Apoyo continuo para mujeres en el trabajo de parto y el parto ⁸	Las mujeres con apoyo intraparto continuo tienen mayor probabilidad de tener un parto vaginal espontáneo, trabajos de parto más cortos, y menor probabilidad de recibir analgesia intraparto o de informar insatisfacción con sus experiencias. Los beneficios son mayores cuando la persona que las acompaña no es personal del hospital.	La evidencia es sólida. Se basa en los resultados de dieciséis estudios realizados en países desarrollados y en desarrollo, que involucran a más de 13.000 mujeres.

Financiamiento

Los **arreglos financieros** son aquellos que los responsables de la toma de decisiones en salud deben considerar para la implementación de los programas, los servicios y las prestaciones. Incluyen la forma de su financiamiento, las fuentes de ingresos (impuestos, seguro social, agencias donantes, aranceles), la modalidad de pago a los trabajadores de la salud, y el modo de incentivar la utilización de los servicios por parte de los ciudadanos para maximizar la eficiencia y equidad. Deben considerar, además, la distribución de los recursos entre distintos programas y/o servicios, y dentro de éstos.

Existen importantes brechas en la evidencia disponible sobre el financiamiento en salud. Se necesitan más evaluaciones de impacto que sean de buena calidad, información sobre opciones alternativas, estrategias combinadas y opiniones y actitudes tanto de los proveedores como de los consumidores respecto de las diversas modalidades. Al evaluar la aplicabilidad de la evidencia acerca de los mecanismos de financiamiento en salud a los diferentes contextos locales se debe tener en cuenta:

- La capacidad de los gobiernos (en sus diversos niveles institucionales y sus diversos subsistemas) para manejar esquemas financieros novedosos.
- La capacidad de los gobiernos para identificar a los beneficiarios de los programas o servicios.
- El nivel de desarrollo de los servicios de salud (incluidos la accesibilidad y calidad).
- El desarrollo económico del país (incluido el ingreso per cápita, el gasto en salud y la sustentabilidad financiera del sistema de salud).
- El grado de armonización de los nuevos mecanismos de financiamiento propuestos, con los usos y valores de la comunidad y de la cultura institucional del sistema de salud.

Cuadro 3. Modalidades financieras

Intervención	Posibles beneficios	Limitaciones
Transferencias condicionadas de dinero en efectivo ⁹	Las transferencias monetarias a hogares o familias, con la condición de mantener ciertos comportamientos de salud, podrían aumentar potencialmente el uso de servicios de salud por parte de individuos de bajos ingresos, al suministrar fondos que ayuden a superar algunas barreras financieras para su acceso.	La evidencia deriva de seis estudios (cinco de ellos llevados a cabo en Latinoamérica). Debe considerarse, sin embargo, la capacidad de cada sistema de salud para manejar las demandas. No ha sido evaluada la relación costo-efectividad de estos programas en comparación con otras estrategias de oferta y otras opciones de políticas.
Seguros de salud comunitarios ¹⁰	Los seguros de salud comunitarios proveen alguna protección financiera al reducir los gastos de bolsillo de los usuarios. La evidencia es moderada en cuanto al recupero de los costos de esos esquemas.	Los estudios, de calidad moderada a baja y realizados principalmente en Asia y África, no mostraron evidencia de que estos esquemas influyeran sobre la eficacia o la calidad de la atención. Afectaron con frecuencia a un sector limitado de la población. Se indica que deberían ser complementarios a otros sistemas más efectivos de financiamiento de la salud.

Es escasa la evidencia directa sobre otros mecanismos de financiamiento aplicados a la salud materno infantil y la salud sexual y reproductiva, como los pagos por desempeño, la utilización de cápitas y copagos, los mecanismos de riesgo compartido, o la introducción o eliminación de aranceles. Se puede encontrar información detallada acerca de estas estrategias en la página web del OSSyR / Sala de Recursos / Intervenciones en sistemas y servicios de salud/ (<http://www.ossyr.org.ar/intervenciones.asp>).

En tanto que los datos de algunos estudios (realizados principalmente en África y Asia) indican que ciertas estrategias financieras podrían aumentar la utilización de servicios obstétricos, no se cuenta aún con datos concernientes a resultados de salud en las mujeres y los niños/as. Los seguros de salud comunitarios han sido testeados principalmente en países africanos y, cuando se implementaron junto con programas nacionales con participación de los gobiernos, tuvieron un éxito relativo en el incremento de los partos institucionales y en el acceso a los cuidados obstétricos. La eliminación de aranceles también ha sido probada en África y Nepal e inicialmente mostró un aumento en las tasas de partos atendidos por personal calificado. Sin embargo, las estrategias destinadas a estimular la demanda de los servicios deben ir acompañadas de acciones que aseguren que los recursos existentes puedan satisfacerla, como en el caso de Mauritania, donde el aumento de la cantidad de partos hospitalarios se enfrentó a una insuficiente capacidad de los servicios, que redujo la calidad de atención.¹¹

Estrategias de implementación

Son aquellas destinadas a trasladar las políticas a la práctica. Los procesos de implementación no son siempre lineales: pueden involucrar un complejo conjunto de acciones en varios niveles del sistema de salud, así como en la comunidad. Estas estrategias pueden estar centradas en los proveedores de la salud, en los usuarios, o en la organización del sistema de salud. Requieren un cuidadoso planeamiento para evitar que las buenas políticas en salud sean obstaculizadas o resulten finalmente ineficaces como consecuencia de una implementación deficiente. Los responsables de la implementación de políticas deben considerar la manera de poner en práctica estas políticas para producir cambios, y las estrategias que existen para facilitar una implementación efectiva.

Al evaluar las diferentes estrategias de implementación, se deben tener en cuenta:

- Las barreras potenciales para una implementación exitosa.
- Las intervenciones necesarias para facilitar los cambios organizacionales del sistema de salud.
- Las intervenciones necesarias para facilitar los cambios de actitud en los usuarios.
- Las intervenciones necesarias para facilitar los cambios de actitud en los profesionales de la salud.

Cuadro 4. Modalidades financieras

Intervención	Posibles beneficios	Limitaciones
a- Intervenciones relacionadas con mejoras en la calidad de atención¹²		
Talleres y reuniones educativas	Se encontraron efectos positivos en cambios de la actitud profesional cuando el enfoque incluía participación activa (talleres interactivos, sesiones grupales pequeñas).	Evaluados en ocho revisiones sistemáticas en varios campos de la atención de la salud. No hubo efecto para reuniones pasivas (seminarios, presentaciones, conferencias).
Recordatorios	Cambios positivos pequeños a moderados en la práctica profesional.	Evaluados en siete revisiones sistemáticas, de las que sólo tres informaron la magnitud de los efectos en forma cuantitativa.
Intervenciones multifacéticas	Se encontraron cambios positivos en las prácticas cuando se analizaron diferentes estrategias que combinaron distribución de material impreso, recordatorios, auditoría y devolución, reuniones educativas y/o incentivos financieros.	Evaluados en diez revisiones sistemáticas. No hay precisión acerca de si las intervenciones multifacéticas son más efectivas que las intervenciones únicas.
Intervenciones "a medida" para problemas específicos	En dos revisiones sistemáticas se analizaron intervenciones dirigidas a barreras de implementación específicas y se encontraron efectos positivos moderados.	En los dieciocho estudios incluidos en las revisiones no se compararon estas intervenciones "a medida" con otras generales para sortear las barreras previamente identificadas.
b- Intervenciones organizacionales y financieras¹²		
Integración de servicios	Una revisión sistemática que incluye cinco estudios mostró resultados prometedores, aunque no significativos. La gran variabilidad en las formas de implementación limita las conclusiones.	La evidencia acerca de las diferentes estrategias de integración de servicios es limitada. La calidad de los estudios es baja y en general no proporcionan información acerca de costos u otras implicancias de gestión.

Se evaluaron otras estrategias dirigidas a los profesionales y a los usuarios del sistema de salud, además de intervenciones que involucran cambios organizacionales, con resultados contradictorios o no significativos, o específicos del lugar y el contexto en donde fueron evaluadas.¹² Se consideraron en este análisis:

- Distribución de material educativo impreso.
- Auditoría y devolución (reporte a los profesionales).
- Procesos de construcción de consensos locales. Aprendizaje basado en el problema/programas de educación médica continua.
- Sensibilización de líderes de opinión locales.
- Intervenciones mediadas por los pacientes (incluyendo el empoderamiento de los usuarios para mejorar la demanda a los servicios).
- Regulación de los sistemas y procedimientos en las consultas.
- Cambios en el sistema de registros médicos y de enfermería.
- Incentivos monetarios a los prestadores de salud.

3. Consideraciones finales

En contextos donde los recursos son limitados, probablemente es más importante que la toma de decisiones en políticas de salud se encuentre informada por la evidencia, para asegurar la mayor eficacia posible. Se necesita, además, que las evaluaciones de impacto sean parte integral de las políticas de implementación. Lamentablemente, en la práctica estas situaciones no son muy frecuentes.

No existe aún evidencia suficiente para un gran número de interrogantes relacionados con las políticas y los sistemas de salud. Muchas veces la evidencia existe, pero en una forma que les es difícil a los responsables de la toma de decisiones y otras partes interesadas (incluidas las organizaciones de la sociedad civil) encontrar, evaluar y utilizar. En otras ocasiones, esta evidencia puede provenir de contextos y condiciones locales diferentes, o puede responder sólo a preguntas específicas más que a aquellas, tal vez más urgentes, relacionadas con la forma de implementar la opción seleccionada.

Las decisiones políticas dependen de diferentes tipos de evidencias que provienen de fuentes diferentes, así como de distintos tipos de juicios y “expertises” entre las personas involucradas, lo que hace al proceso inevitablemente complejo. Además del juicio acerca de la calidad y aplicabilidad local se necesitan opiniones respecto de las necesidades y prioridades, el balance entre las consecuencias deseadas y lo no deseadas de la elección de una opción por sobre la otra, entre muchos otros insumos involucrados en el proceso.

Los aportes de la evidencia de las investigaciones para informar cada uno de estos procesos facilitará a los responsables de la toma de decisiones de políticas establecer las bases para la discusión y construcción de consensos sobre las fortalezas y debilidades de la organización del sistema de salud, e identificar prioridades y las estrategias para implementar los cambios necesarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lagarde M, Palmer N. The impact of contracting out on health outcomes and use of health services in low and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 10.
2. Pariyo GW, Kiwanuka SN, Rutebemberwa E, Okui O, Ssengooba F. Effects of changes in the pre-licensure education of health workers on health-worker supply. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2.
3. Manandhar DS, Osrin D, Shrestha BP, Mesko N, Morrison J, Tumbahangphe, et al. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 364:970-9.
4. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4.
5. Sibley LM, Sipe TA, Brown CM, Diallo MM, McNatt K, Habarta N. Traditional birth attendant training for improving health behaviours and pregnancy outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 10.
6. Hodnett ED, Downe S, Walsh D, Weston J. Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 10.
7. Lewin S, Munabi-Babigumira S, Glenton C, Daniels K, Bosch-Capblanch X, van Wyk BE, Odgaard-Jensen J, Johansen M, Aja GN, Zwarenstein M, Scheel IB. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 10.
8. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 10.
9. Lagarde M, Haines A, Palmer N. The impact of conditional cash transfers on health outcomes and use of health services in low and middle income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 10.
10. Ekman B. Community-based health insurance in low-income countries: a systematic review of the evidence. *Health Policy Plan.* 2004 Sep;19(5):249-70.
11. Lee AC, Lawn JE, Cousens S, Kumar V, Osrin D, Bhutta ZA, Wall SN, Nandakumar AK, Syed U, Darmstadt GL. Linking families and facilities for care at birth: what works to avert intrapartum-related deaths? *Int J Gynaecol Obstet.* 2009 Oct;107 Suppl 1:S65-85, S86-8.
12. Evidence from Systematic Reviews to Inform Decision-Making Towards Achieving the Millennium Development Goals For Reducing Maternal and Child Mortality: A Background Document prepared for An International Dialogue on Evidence-informed Action to Achieve Health Goals in Developing Countries (IDEAHealth). Khon Kaen, Thailand, December 2006. The Alliance for Health Policy and Systems Research. WHO, Geneva. http://www.who.int/rpc/meetings/MCH_Brief.pdf

Desde el OSSyR esperamos facilitar el acceso a información y herramientas de calidad a quienes toman decisiones de salud pública. El propósito es contribuir a la reducción de las muertes maternas en el menor plazo posible, en cumplimiento de las metas comprometidas, fundamentalmente para evitar muertes prevenibles e injustas. Este es el compromiso que hemos asumido con las mujeres de nuestro país.

www.ossyr.org.ar