UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
SECRETARÍA DE GRADUADOS
MAESTRÍA EN SALUD MATERNO INFANTIL

IMPACTO DE LA ASIGNACIÓN UNIVERSAL POR EMBARAZO EN LOS INDICADORES DE CONTROL PRENATAL EN CENTROS DE SALUD Nº 34 Y HOSPITAL A. METRAUX, MENDOZA

2010 – 2012

INFORME FINAL

Autor:
MARÍA GABRIELA GARATE

Director:
Lic. Mgtr. LETICIA NAVARRO

CÓRDOBA, Julio 2017

RESUMEN

IMPACTO DE LA ASIGNACIÓN UNIVERSAL POR EMBARAZO EN LOS INDICADORES DE CONTROL PRENATAL EN CENTRO DE SALUD Nº 34 Y HOSPITAL A. METRAUX 2010 – 2012

Objetivo: analizar el impacto de la Asignación por embarazo (APE) para protección social en los indicadores de control prenatal.

Material y método: la población estuvo compuesta por 82 embarazadas que recibieron el beneficio de la asignación por embarazo, y que tuvieron una gestación previa sin tal beneficio, realizando sus controles prenatales en uno de los centros asistenciales seleccionados. Se analizaron los datos de las Historias clínicas perinatales en el período 2010 - 2012.

Principales conclusiones y sugerencias:

La APE mostró un impacto favorable en los indicadores de control prenatal siendo la consulta precoz y el nº total de controles prenatales los que evidenciaron cambios significativos.

Las mujeres menores de edad no mostraron cambios en la conducta de cuidado del embarazo.

Este trabajo contribuye a la revisión y fortalecimiento de la Asignación por embarazo para protección social.

Objective: To analyze the impact of the allocation for pregnancy for social protection in the indicators of prenatal care.

Material and method: The population was comprised of 82 pregnant women who received the benefit of the allocation by pregnancy, and who had a previous pregnancy without such benefit, making their prenatal checkups in one of the selected assistance centers.
Data were analyzed for the perinatal medical histories in the period 2010 - 2012.

Main conclusions and suggestions:

The APE showed a favorable impact on prenatal care indicators being early consultation and the total number of prenatal visits which showed significant changes.

The under-age women showed no changes in the conduct of pregnancy.

This work contributes to the review and strengthening of the allocation for pregnancy for social protection.

INDICE

Detalle	**Pág**
Resumen	03
Introducción	06
• Antecedentes	08
Marco teórico	14
• Seguridad social	14
• Decreto 449/2011	28
• Control Prenatal	31
• Identificación de variables	36
▸ Definición de términos	38
Objetivo de la investigación	42
Material y Métodos	42
• Población	42
• Técnica e instrumento de recolección de datos	43
Resultados y discusión	46
Conclusiones ysugerencias	73
Bibliografía	78
Anexos	81

INTRODUCCIÓN

El tema del presente trabajo es la seguridad social y el control prenatal, como elementos importantes de la salud materna e infantil. La forma más visible de la seguridad social (SS) es la asistencia en salud, aunque ésta cubre aspectos más amplios. Es internacionalmente[1-2] considerada un derecho inalienable y se la menciona en el Art. 22 de la Carta Internacional de Derechos Humanos. La atención de la salud materna infantil, dentro de la salud pública, está representada por el conjunto de acciones encaminadas a promocionar y promover la salud, prevenir la enfermedad, curar y rehabilitar a las madres, recién nacidos y sus familias. Considerando el embarazo como un período de riesgo y vulnerabilidad biológica y social para la mujer, su hijo o hija por nacer y su familia, es fundamental el empoderamiento y ejercicio del derecho a la Seguridad Social. Los resultados maternos perinatales se asocian claramente con acceso a servicios de salud, control sistemático del embarazo y posparto y la menor vulnerabilidad social[3]. El cuidado de la salud materna perinatal es una obligación del estado y un derecho de la población.

El objetivo fue analizar el impacto de *la Asignación por embarazo para protección social (Decreto 446/2011, B.O. 19 de abril 2011[4])* en los indicadores de control de embarazo. La asignación por embarazo (APE), vigentes desde el 19 de abril de 2011, modifica la Ley 24714/96 de régimen de asignaciones familiares en Argentina y se espera que esta prestación monetaria no retributiva mensual pueda beneficiar a las mujeres embarazadas al reducir la pobreza relativa, favoreciendo la corresponsabilidad de los cuidados de salud familiar y apostando al capital humano en salud y nutrición.

[1] Organización Internacional del Trabajo, en http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/decent-work-agenda/social-protection/lang--es/index.htm
[2] Organización de las Naciones Unidas (ONU), Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS), la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) y la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)
[3] Control prenatal y su impacto en la mortalidad materna. Análisis de una tendencia, 1994-2004. Cali, Colombia. Revista colombiana de obstetricia y ginecología. Vol. 60 N°1, 2009 (12-18)
[4] En Anexos

Las estadísticas globales señalan que anualmente ocurren 136 millones de nacimientos. De éstos, 8 millones de niños fallecen antes del primer año de vida y 500 mil madres mueren por causan asociadas al embarazo, parto y puerperio. Las principales causas son hemorragia, infecciones, aborto, hipertensión arterial y partos obstruidos. Aunque lo más complejo en su resolución, es la inequidad en el acceso y uso de servicios de salud. Estos indicadores, en las estadísticas nacionales reflejan que en el año 2010 la tasa de mortalidad materna fue de 4,4/10.000 nacidos vivos (331 MM) y mejora en el año 2014 descendiendo a 3,7 siendo las principales causas Embarazo terminado en abortos, causas obstétrica directas (Hipertensión, hemorragias y sepsis) y causas obstétricas indirectas (HIV, enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades del sistema respiratorio). Aunque el porcentaje de partos institucionales supero el 98%, debemos recordar que éste dato hace referencia a las embarazadas que recibieron al menos un control prenatal, siendo el mismo insuficiente para el logro de mejores indicadores.

Las muertes maternas por causas evitables que pueden ser detectadas en el control prenatal de rutina y amplia cobertura, la experiencia propia de los beneficios de un cuidado gestacional completo y el espíritu de la *Asignación por embarazo para protección social* motivaron la elección del tema, eje de la actividad profesional del autor.

Se utilizó para la recolección de datos, como fuente primaria, una grilla vinculada a las historias clínicas perinatales de dos centros asistenciales de gran Mendoza del período 2010 – 2012, estableciendo los siguientes criterios de inclusión:

- Mujeres embarazadas que reciben la Asignación por embarazo para protección social, inscriptas en el Plan Nacer - SUMAR.
- Mujeres que hayan cursado embarazos previos sin el beneficio.

- Que el embarazo actual sea controlado en uno de los centros de salud seleccionados para el presente trabajo.

El tema presentado se enmarcó en las teorías sobre la seguridad social entendida como la protección que la sociedad proporciona a sus miembros y el control obstétrico como herramienta indispensable para detectar oportunamente los factores de riesgo y signos de alarma.

Antecedentes:

Luego de consultar bases de datos[5] se han encontrado publicaciones científicas que resultan de interés para la presente investigación y que respaldan los siguientes aspectos:

1. Autor: Alvarado R., "Mantenimiento de la salud de la mujer embarazada", Universidad Medicina Bogotá (Colombia), 50 (2): 237-261, abril-junio, 2009. El 90% de la mortalidad materna se agrupa en el rango de 15 a 39 años. Las causas principales son: enfermedad hipertensiva del embarazo (38%), aborto (16%), hemorragias (15%), complicaciones del trabajo de parto (15%), complicaciones del puerperio, como infecciones no atendidas (10%) y otras complicaciones del embarazo (6%). Esta conformación de la mortalidad materna por causas no ha tenido ninguna modificación en los últimos 20 años. El 20% del total de los embarazos son de alto riesgo y responsables de 70% a 80% de la morbilidad perinatal. De ahí la importancia de identificar precozmente las 239 pacientes con factores de riesgo y conocer algunas enfermedades que pueden presentarse durante su curso, con el fin de disminuir o

[5] -Scientific Electronic Library OnLine
-Ebsco Host

evitar el daño materno y el fetal. *Resumen de conclusión:* los objetivos de la atención primaria en el control del embarazo son reducir la mortalidad materna e identificar los factores de riesgo para intervenir oportunamente. *Utilidad:* Confirma la importancia del control prenatal precoz, frecuente, de buena calidad, amplia cobertura.

2. Autor: Moreno Santillán A. "Control prenatal en el medio rural". Revista Facultad de Medicina. 2008. UNAM. Vol. 51 No. 5, (188 – 192). La falta de control prenatal o de acceso al mismo, su elevado costo o su escasa calidad, son elementos determinantes en la aparición de factores como preeclampsia, hemorragias, infecciones y abortos que están directamente relacionados con las muertes maternas. La muerte materna altera el desarrollo y el bienestar social, y es la causa de que cada año haya un millón de niños huérfanos de madre en los países en vías de desarrollo. *Resumen de conclusión:* Existe una relación indirectamente proporcional entre la morbi-mortalidad materno-fetal y la calidad de los servicios de atención (disponibilidad de recursos y personal capacitado), que permita realizar detecciones tempranas de potenciales complicaciones para el binomio. *Utilidad:* señala el acceso y costo del control prenatal como factor decisorio en la evolución fisiológica de la gestación.

3. Autores: Pazmiño de Osorio, S., Guzmán-Gómez, N. "Control prenatal y su impacto en la mortalidad materna. Análisis de una tendencia, 1994-2004. Cali, Colombia". Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2009. No. 1 Vol. 60 (12-18). Los indicadores de desarrollo social y la organización de los servicios de atención a la gestante impactan en el comportamiento de las razones de mortalidad materna. Los factores de riesgo intervenidos durante la gestación junto a la institucionalización del parto son, en gran medida, responsables de la disminución de las muertes maternas. *Resumen de conclusión:* el descenso de la mortalidad materna puede atribuirse a la eficacia del mejoramiento de la calidad de atención prenatal. Considera calidad de asistencia como el proceso en que cada paciente recibe un conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos, teniendo en cuenta todos los factores del individuo y de los servicios, obteniendo el mejor resultado con el mínimo de riesgo y la máxima satisfacción del paciente. *Utilidad:* confirma el concepto de calidad en los requerimientos de un control prenatal precoz, completo y de amplia cobertura considerando a las embarazadas como pacientes de alta vulnerabilidad.

4. Autores: Pérez-Molina, J., Panduro-Barón, G., Quezada-López, C. “Factores maternos asociados con nacimiento pretérmino espontáneo versus pretérmino nacido por cesárea”. Ginecología y Obstetricia México 2011; 79(10):607-612. El parto pretérmino es aquel que se produce antes de las 37 semanas de gestación. En EEUU representó el 12% de los nacimientos en 2010. *Resumen de conclusión:* los nacimientos pretérmino fueron más frecuentes en mujeres menores de 20 años y con controles prenatales deficientes. *Utilidad:* determina la importancia de iniciar el control prenatal de manera precoz (antes de las 12 semanas) para detectar factores de riego como edades maternas extremas.

5. Autores: Wu, Z., Viisainen, K., Wang, Y., Hemminki, E. “Evaluation of a community-based randomized controlled prenatal care trial in rural China”. BMC Health Services Research 2011, 11:92. Los factores que obstaculizan la implementación de un plan de control prenatal son la falta de coordinación entre las parteras y la oficina de planificación familiar, la falta de políticas claras de cuidado prenatal, los cambios en las políticas que no permiten la continuidad del programa, la compleja situación socioeconómica y las diferencias entre provincias. Los contenidos del programa de Control prenatal que deben iniciar antes de las 13 semanas, incluyen la realización de cinco encuentros durante la gestación y tres luego del nacimiento, educación para la salud, chequeos de rutina, exámenes de laboratorio, medición de talla y peso, detección de riesgo y derivación a nivel adecuado, instrucciones para una maternidad segura. *Resumen de conclusión:* se requiere políticas claras y planificación para mejorar los resultados de un programa de control prenatal, incluir acciones que impacten en la situación socioeconómica y contar con profesionales especializados y comprometidos. *Utilidad:* Confirma la necesidad de un programa nacional que disminuye las diferencias entre provincias y establece normas de cumplimiento del programa.

6. Autores: De Brouwere, V., Richard, F., Witter, S. “Access to maternal and perinatal health services: lessons from successful and less successful examples of improving access to safe delivery and care of the newborn”. Tropical Medicine and International Health. August 2010 N° 8 Vol. 15. 901: 909. La inmensa mayoría de los 6.3 millones de muertes perinatales anuales y la mitad de un millón de

muertes maternas suceden en países en desarrollo y sus causas son evitables. Las intervenciones orientadas a reducir la mortalidad materna y perinatal necesitan un sistema que ofrezca atención obstétrica y perinatal de calidad, incluyendo atención básica y de emergencia. Se requiere, además, organizar un proceso continuo de atención entre la madre y el recién nacido. Para promover el cuidado de calidad existen dos enfoques posibles: influyendo en la demanda y/o suministrar el cuidado. *Resumen de conclusión:* los resultados de una intervención son difíciles de obtener cuando se cruzan intervenciones, cuando se analiza a corto plazo y cuando se transfieren experiencias. *Utilidad:* se incluye para el logro del cuidado prenatal la participación influenciada de la demanda, es decir, la mujer embarazadas como proveedora de cuidados de la salud.

7. Autores: Ramos, S., Karolinski, A., Romeroc M., Mercer, M. “A comprehensive assessment of maternal deaths in Argentina: translating multicentre collaborative research into action”. Boletín de la Organización mundial de la salud, 2007; 85:615-622. Mediante un estudio integral se establecen algunos indicadores sociales (autopsias verbales) y de servicios de salud (subregistros, diferencias en criterios de atención) como condicionantes de mortalidad materna. Las principales causas de muertes maternas en cinco provincias argentinas son anemia, complicaciones del aborto, hemorragias, infecciones/sepsis y enfermedad hipertensiva. Según la etapa del embarazo, el 26% de las muertes maternas ocurren antes de las 20 semanas de gestación. *Resumen de conclusión:* Se requiere implementar procesos de monitoreo y formular recomendaciones para reorientar la política pública en salud asociadas a reducir la mortalidad materna incorporando la mirada de derechos humanos. *Utilidad:* expresa la necesidad de un sistema de registro y seguimiento, detalla las causas de mortalidad maternas por causas evitables.

8. Autores: Sepúlveda J, Bustreo F, Tapia R, Rivera J, Lozano R, Olaiz G, “Aumento de sobrevida en menores de 5 años en Méjico: la estrategia diagonal”. Salud pública Méjico, 2007, 49 supl. 1:S110-S125.En 1997, el gobierno federal de Méjico implantó un programa condicional de transferencia de efectivo (Oportunidades) enfocado en aproximadamente 300.000 hogares de bajos

ingresos en áreas rurales. Para 2005, Oportunidades cubría a cerca de cinco millones de hogares de bajos ingresos (aproximadamente 25% del total de los hogares), tanto en áreas rurales como urbanas. Se proporcionan las transferencias de efectivo a las mujeres como incentivos financieros para conductas preventivas de salud y nutrición y como un incentivo para que los niños no abandonen la escuela. Las familias no reciben los beneficios del efectivo a menos que asistan con regularidad a clínicas de salud, donde reciben servicios de salud y nutrición. La experiencia que se ha obtenido con las transferencias de dinero en efectivo condicionadas demuestra el vínculo con la protección social, y probablemente explica parte de la reducción en las desigualdades de salud, a pesar de la persistencia de las desigualdades en los ingresos. *Conclusión:* el liderazgo y la continuidad de las políticas de salud pública junto con el reforzamiento de la infraestructura institucional también contribuyen a explicar la reducción en las tasas de mortalidad en menores de cinco años. *Utilidad:* su intención es, en coincidencia con el propósito de la Asignación por embarazo, la transferencia de dinero a mujeres como generadores y responsables de acciones de cuidado de la salud; del hijo ya nacido en Méjico y del hijo por nacer en Argentina.

En esta investigación se trabajó con las historias clínicas de mujeres embarazadas que recibieron el beneficio *"Asignación por embarazo para protección social"*, que cursaron una gestación previa sin el mismo y que realizaron el control prenatal en el Centro de Salud Nº 34, Potrerillo – Luján de Cuyo, o en el Hospital Alfredo Metraux, Beltrán – Maipú, de la provincia de Mendoza, durante el período 2010 – 2012. Se tomaron variables sociodemográficas como edad, nivel de instrucción, ocupación, estado civil y variables de estudio como edad gestacional en la primera consulta, número total de controles prenatales, realización de ecografías y exámenes de laboratorio, haber recibido consejería en preparación integral para la maternidad y salud sexual y reproductiva, asistencia al control odontológico, realización de Papanicolaou, vacunación materna y del recién nacido, todas incluidas como requerimientos para percibir el beneficio social.

Los resultados permitieron verificar el logro de los objetivos del Decreto 449/2011 “Asignación por embarazo para protección social” destinado a disminuir las desigualdades en el acceso y uso de servicios de cuidado de la embarazada, mejorando la inversión en capital humano.

El tipo de organización adoptada para el presente trabajo es: en la primera parte se presentan las teorías en que se encuadra el trabajo, la identificación de las variables bajo estudio así como la definición teórica y operacional de los términos utilizados y la hipótesis desarrollados en el apartado *marco teórico*. Seguidamente se presenta el *objetivo de la investigación*, luego *material y métodos* en donde se detallan aspectos concernientes a la población y muestra estudiadas, el tipo de investigación, la técnica e instrumentos de recolección de datos empleada y la explicitación de las técnicas de procesamiento de datos utilizada. A continuación se presentan los *resultados* obtenidos y las *conclusiones y sugerencias* realizadas. Por último, se muestra la *bibliografía* consultada para la realización del trabajo y el *anexo* en donde se incluye: Decreto Nacional 446/2011, Historia clínica perinatal base y formulario PS 2.67 de Solicitud Asignación por Embarazo para Protección Social de ANSES

MARCO TEÓRICO

Los dos temas importantes que encuadran el presente trabajo son la seguridad social y el control prenatal, vinculados al decreto 446/2011(DNU[6]) *Asignación por embarazo para protección social*.

A. **Seguridad social**

La Constitución Nacional de la Argentina, del año 1949 y reformada en el año 1994, establece en la Primera parte, Capítulo Primero de Declaraciones, derechos y garantías, en su artículo 14 bis que "***El Estado otorgará los beneficios de la seguridad social****, que tendrá carácter de integral e irrenunciable. En especial, la ley establecerá: el seguro social obligatorio, que estará a cargo de entidades nacionales o provinciales con autonomía financiera y económica, administradas por los interesados con participación del Estado, sin que pueda existir superposición de aportes; jubilaciones y pensiones móviles; la* ***protección integral de la familia****; la defensa del bien de familia; la compensación económica familiar y el acceso a una vivienda digna".*

La seguridad social, a veces también llamado seguro social o previsión social, se refiere principalmente a un campo de bienestar social relacionado con la protección social o cobertura de las problemáticas socialmente reconocidas, como salud, pobreza, vejez, discapacidades, vivienda, desempleo, familias con niños, familias numerosas, familias en situación de riesgo, y otras. Ofrece un conjunto de

[6] DNU: Decreto de necesidad y urgencia. Los decretos de necesidad y urgencia son aquellas normas emitidas directamente por el Poder Ejecutivo. La Constitución Nacional prohíbe, como principio general, que el Poder Ejecutivo emita disposiciones de carácter legislativo. Sin embargo, en su artículo 99 inciso 3° autoriza al Poder Ejecutivo a dictar decretos de necesidad y urgencia sólo cuando circunstancias excepcionales hicieran imposible seguir con los trámites previstos para la sanción de las leyes por el Poder Legislativo, y siempre y cuando no sean normas que regulen materias penales, tributarias, electorales o el régimen de los partidos políticos. Al tratarse de una facultad legislativa excepcional otorgada al Poder Ejecutivo Nacional, el Congreso de la Nación tiene el deber constitucional de intervenir, a través de la Comisión Bicameral Permanente.

garantías para hacer frente a determinados hechos o eventos que disminuyen o suprimen la actividad productiva, o generan una carga económica.

El Centro interamericano de estudios de seguridad social (CIESS, DF México) la define como el conjunto de recursos de distinta naturaleza, organizados y sistematizados por el Estado, tendientes a satisfacer las necesidades esenciales generadas por las personas que conviven en una sociedad, en función de una serie de contingencias sociales que las afectan, creadas por la desigualdad, la miseria, la enfermedad y la vejez. La Organización Internacional del Trabajo (OIT), en un documento publicado en 1991 denominado "Administración de la seguridad social" la definió como *la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos.*

Desde Naciones Unidas, surge la iniciativa ***Piso de Protección social* (PPS),** liderada por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como respuesta a la crisis financiera y económica global (2008). Su objetivo es promover que los países garanticen a sus habitantes, tanto un ingreso mínimo como el acceso a servicios sociales básicos, considerados como derechos humanos[7]. No define nuevos derechos, sino que contribuye a la materialización del derecho humano a la seguridad social y a los servicios esenciales.

El Estado es, en un país representativo, republicano y federal, el conjunto de la sociedad constituida por un grupo que, organizado, se hace responsable respecto a los derechos, obligaciones y relaciones sociales de los individuos que lo integran y que les han otorgado esa atribución. Asumiendo que debe brindar los beneficios de la seguridad social en su territorio, fija instrumentos

[7] Declaración Universal de los Derechos Humanos. Art.22, 25 y 26. Naciones Unidas, Res. 217 A; 1948.

normativos como leyes, reglamentaciones o disposiciones, estableciendo obligaciones y responsabilidades de todos los intervinientes. Deja así establecida la idea de compromiso compartido o corresponsabilidad.

Las prestaciones de seguridad social (SS) representan transferencias sociales, en efectivo o en especies, de un grupo de la sociedad a otro. Las transferencias condicionadas pertenecen al régimen **NO contributivo,** destinado a proteger a las personas más pobres y vulnerables de la sociedad. A través de ellas, se intenta promover y facilitar el acceso a los servicios sociales (salud y educación principalmente) para el desarrollo y fortalecimiento del capital humano, prevenir y reducir la pobreza, disminuir la desigualdad. Si se diseñan adecuadamente, fomenta la productividad y la empleabilidad, apoyando el desarrollo económico.

Una de las variantes de las Transferencias condicionadas es la monetaria (TMC). En este contexto, el Decreto N° 446/2011 incorpora al Régimen de Asignaciones familiares (Ley Nacional N° 24.714/96, B.O. 18/10/1996), la *Asignación Universal por embarazo* (APE) *para protección social* representada por una transferencia monetaria condicionada (TMC) dirigida a mujeres embarazadas en situación de vulnerabilidad económica. Ésta es controlada y administrada por la ANSeS (Administración Nacional de Seguridad Social) quien otorgará, de manera directa a la destinataria una suma de dinero para el cumplimiento de condiciones.

Asignación universal por embarazo para protección social (APE):

La APE está destinada a mujeres embarazadas a partir de la decimosegunda semana de gestación hasta el nacimiento o interrupción del embarazo.

La mujer embarazada debe encontrarse desocupada, no percibir ninguna prestación (contributiva o no contributiva), o desempeñarse en la economía

informal percibiendo un sueldo igual o inferior al Salario Mínimo Vital y Móvil (SMVM). Puede ser trabajadora de temporada que se encuentre declarada con "reserva de puesto", o ser trabajadora inscripta en "Plan Argentina Trabaja/ Manos a la obra" del Ministerio de desarrollo social o del "Programa de trabajo autogestionado" del Ministerio de trabajo, empleo y seguridad social: o ser trabajadora inscripta en el Régimen de Monotributista Social; o ser trabajadora incorporada en el régimen especial de seguridad social para Empleadas del Servicio Doméstico (art. 21, Ley N°25.239) y percibir una suma de dinero igual o menor al SMVM[8]; o encontrarse privada de la libertad incluyendo a aquellas embarazadas que desempeñen tareas dentro de las unidades del servicio Penitenciario Federal, inscriptas dentro del "Ente de cooperación técnica y financiera del servicio penitenciario federal (ENCOPE) y dentro del "Servicio Penitenciario Provincial de Córdoba", siendo determinante la situación procesal de la interna; o no tener cobertura de obra social.

La beneficiaria debe ser Argentina nativa o naturalizada y residir en el país. En caso de ser extranjera deberá comprobar una residencia mínima de tres años.

La condicionalidad está representada por la inscripción en el Plan Nacer-SUMAR y el cumplimiento de los controles que allí se establecen y se detallan en página

http://www.plannacer.msal.gov.ar/:

- *Esquema de controles prenatales completos: 5 controles prenatales con intervalos de al menos 1 mes.*
- *Consejería integral en salud sexual y en el cuidado de su salud y la del recién nacido.*
- *2 ecografías.*
- *En el segundo y anteúltimo control prenatal: datos de serología (VDRL, Hepatitis B, HIV, Chagas y Toxoplasmosis) y Hematocrito y Hemoglobina (anemia).*
- *Vacuna antigripal: deberá darse a todas las embarazadas en cualquier trimestre de gestación.*
- *Doble adulto: de no contar con el esquema completo, o sea, si no se tiene una dosis registrada en los últimos 10 años, se debe dar una dosis.*

[8] Salario mínimo, vital y móvil.

- *Doble Viral o Triple Viral (en el post-parto): si no se tiene registro de al menos 2 dosis de la vacuna después del año de edad o una dosis en la última campaña, deberá darse cualquiera de estas vacunas.*
- *En el Recién Nacido: vacunas BCG y Anti Hepatitis B.*

¿Qué es el Plan Nacer - Sumar? Es un programa federal del Ministerio de Salud de la Nación que invierte recursos en salud para 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. Este programa que se inicia en el año 2007 en el NOA y NEA, se extiende al resto del país en el 2009.

La TMC se abonará hasta un máximo de seis mensualidades, aun cuando la titular embarazada estuviese percibiendo la Asignación Universal por Hijo por otros menores. Se liquidará solamente a la titular y se abonará una sola asignación, aun cuando se tratase de un embarazo múltiple. En caso de tratarse de una menor de 18 años, se asigna un representante natural o legal para la percepción de la Asignación. El valor de la APE mensual fue variando desde su inicio (mayo 2011) hasta la última modificación (junio 2014), de $220 a $644[9]. En cada mensualidad se retiene un 20% del monto que será percibido tras la acreditación de finalización del embarazo.

Es esta medida una acción directa hacia un grupo de la sociedad vulnerable, pero ¿qué es la vulnerabilidad social? Se entiende como una condición social de riesgo, de dificultad, que inhabilita e invalida, de manera inmediata o en el futuro, a los grupos afectados, en la satisfacción de su bienestar en tanto subsistencia y calidad de vida, en contextos sociohistóricos y culturalmente determinados. Los hogares vulnerables, y los individuos, se enfrentan a riesgos de deterioro, pérdida o imposibilidad de acceso a condiciones habitacionales, sanitarias, educativas, laborales, previsionales, de participación, de acceso diferencial a la información y a las oportunidades.

[9] En Marzo 2017, el valor asciende a $1.246.

Las asignaciones para protección social en Argentina tienen sus homólogos en muchos países del mundo, pero se citarán aquello que presenten semejanzas con la asignación por embarazo ya sea por su finalidad (optimizar el control prenatal para reducir la morbimortalidad perinatal), por el modo en que se otorga (transferencia monetaria condicionada), o por sus destinatarios (mujeres).

Programas de transferencia condicionada de dinero (PTC):

- Colombia: "Familia en acción", desde el año 2001, con una cobertura del 4,6% de la población (1,6 millones de familias pobres). Este programa es una iniciativa del Gobierno Nacional para mejorar el nivel de vida de las familias más pobres del país. Consiste en un subsidio mensual en dinero para las familias que tengan niños menores de 7 años que NO asistan a un Hogar Comunitario y que estén inscriptos en el programa de crecimiento y desarrollo de los servicios de salud pública. Así como también para las familias con niños y jóvenes de 7 a 17 años matriculados en establecimientos educativos. Resultados según informe de Banco Mundial: avances en la disminución de la pobreza, menor exposición al impacto de grandes desastres naturales y aumentos en los indicadores de educación.

- Ecuador: Bono de desarrollo humano, desde 1998 al 2004, con una cobertura de 1.2 millones de beneficiarios; El Programa del Bono de Desarrollo Humano (BDH) fue uno de los ejes de la Agenda de Desarrollo Humano en el Ecuador. Iniciado en 1998 como Bono Solidario, el BDH fue un Programa de transferencia de recursos económicos, condicionada a la inversión en educación y salud, dirigido a los hogares más pobres. Desde su inicio, la transferencia fue dirigida a las madres de los hogares seleccionados. Alrededor de un millón de mujeres ecuatorianas participaron de este Programa. Actualmente, este proyecto se encuentra cerrado.

- Honduras: Programa de asignación familiar, PRAF, desde 1991, con una cobertura del 4,7% de la población. Creado por Decreto Nº 127/91, contó con financiamiento del gobierno nacional y el Banco Interamericano de Desarrollo. Finalizaría en 1994 pero sigue vigente en 2012 (PRAF I, desde 1995 a 1999; PRAF II, desde 1998 a 206; PRAF III, desde 2006 hasta la actualidad). Grupo Objetivo: Familias

rurales y urbanas en situación de extrema pobreza con hijos en edad escolar. El programa busca incrementar la acumulación de capital humano en niños menores de 18 años, pertenecientes a familias en situación de extrema pobreza, y por esta vía, ayudarles a romper con el círculo de la pobreza. Interviene en los ámbitos de educación, salud y nutrición, mediante la entrega de transferencias monetarias y servicios de educación y capacitación orientados a operar como incentivos a la demanda y oferta. Tiene las características de un programa de **transferencias condicionado**. Por tanto, las familias pierden los beneficios del programa si: a) sus hijos no asisten a la escuela por más de 7 días en un periodo de 3 meses y, b) no cumplen con la asistencia requerida a los centros de salud.
El bono destinado a "demanda en salud y nutrición" busca promover la utilización de los servicios de salud materno infantil y fomentar la ingesta de alimentos para mejorar la condición nutricional de menores de tres años y de las **mujeres embarazadas** y **dando lactancia**, de familias extremadamente pobres. Se realiza a través de una **transferencia monetaria condicionada** a que se realicen cinco controles prenatales, atención del recién nacido y controles de salud y nutrición para los niños.

En 2012: El PRAF además continuara en la ejecución de sus Programas de Atención especializados para familias pobres como son: El Bono Juvenil y el **Bono materno infantil** (entrega cuatrimestral de dinero en efectivo a mujeres embarazadas que deben asistir a centros de salud para controles prenatales) entre otros.

- India: "National maternity benefit scheme", desde 1998 al 1999, destinado a 1.152.558 beneficiarias.Objetivo: a través de un incentivo en efectivo, aumentar la institucionalización del parto. Destinado a mujeres embarazadas que se encuentren por debajo de la línea de pobreza. El beneficio alcanza a mujeres mayores de 19 años, hasta el segundo embarazo. El aporte efectivo es de 500 rupias (US$9, 18), 300 en el octavo mes y 200 un mes después del nacimiento.

- Nicaragua: Red Protección Social, desde 2000 al 2005. Objetivo: mejorar el estado de salud y la nutrición de los hogares beneficiarios. El programa se ejecuta en dos fases:

Fase 1: 2000 – 2002. Promueve estrategias de Atención Integral a la Niñez Comunitaria (AIN-C). Su objetivo central era la prevención, detección y tratamiento del crecimiento inadecuado en niños menores de 5 años.

Fase 2: 2003 – 2005. Su objetivo era proveer servicios para a atención integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia (AIMNA) y capacitación a los hogares elegibles. En cuanto a las mujeres embarazadas, debían completar el control prenatal y postnatal para recibir el beneficio (transferencia monetaria condicionada).

- Perú: Programa JUNTOS (Programa Nacional de apoyo a los más pobres), desde 2005. (Decreto Supremo Nº 032 Presidencia del Consejo de Ministros-2005; DS Nº 062 PCM-2005) Financiado por el gobierno nacional y el Banco Interamericano de Desarrollo. Programa de transferencias condicionadas (PTC) con énfasis en los aspectos nutricionales. Desde 2007 el programa forma parte de la Estrategia Nacional Crecer, cuya finalidad es la lucha frontal contra la pobreza y la desnutrición crónica infantil, articulando el trabajo de los programas sociales en función de tres ejes: restitución de derechos fundamentales, promoción del desarrollo productivo y la red de protección social. A través de esta los beneficiarios tienen acceso, por ejemplo al subprograma de complementación alimentaria para niños/as y personas en situación de riesgo nutricional. Para 2009 el programa se planteó lograr la afiliación de los beneficiarios (actuales y nuevos) del programa al Seguro Integral de Salud (Universalización de la Salud). Los Usuarios son hogares en situación de vulnerabilidad, exclusión o pobreza, que tengan entre sus miembros a niñas y niños hasta los 14 años de edad o mujeres en estado de gestación. A Diciembre del 2010, el Programa JUNTOS incorporó a 490,563 hogares en situación de pobreza y extrema pobreza; hasta ese período se transfirió el incentivo monetario a 471.511 hogares abonados que cumplieron sus corresponsabilidades en los meses de septiembre y octubre. En dichos hogares se cuenta con 1.047.381 niños y 8.751 **gestantes**.

- México: Oportunidades (Programa de desarrollo humano, ex Progresa). 2007. Organismo responsable: Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) Organismo ejecutor: Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. Fuentes de financiamiento: Gobierno de México; Banco Mundial (BM). Descripción:

Programa de transferencias condicionadas, uno de los principales referentes en la región. Surgió en 1997 con el nombre de ProgrESA (Programa de Educación, Salud y Alimentación) y atendía únicamente zonas rurales. En 2001 cambió al actual nombre y comenzó su expansión a zonas semi-urbanas y urbanas. Ese año se realizaron modificaciones a la forma de gestión y se añadieron prestaciones. Desde su inició ha sido uno de los programas con mayores evaluaciones de impacto en distintos ámbitos. El programa consta de 10 prestaciones diferentes*: Apoyo alimentario; Apoyo útiles escolares; Apoyo educación; Papilla; Apoyo energético; Apoyo alimentario vivir mejor* y *Apoyo infantil vivir mejor*; siendo en todos éstos, la **madre** la receptora de la transferencia debiendo cumplir como corresponsabilidad con controles de salud según edad, asistencia a estudios y matriculación escolar o asistir a sesiones de orientación en salud. Las otras prestaciones son *Jóvenes con oportunidad*, *Apoyo adultos mayores y Paquete básico de salud,* siendo los beneficiarios directos los receptores de las transferencias. El monto de las transferencias varía según la prestación entre US$ 9,31 a 27.

- Brasil: Bolsa Familia, 2003. Organismo responsable: Ministerio de Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS) Organismo(s) ejecutor(es): Secretaría Nacional de Renda de Cidadania (SENARC) y Conselho Gestor do Programa Bolsa Familia – CGPBF. Fuentes de financiamiento: Gobierno Federal de Brasil; Banco Mundial (BM).

Descripción: Programa de transferencias condicionadas más grande de la región en cuanto a cobertura. Se origina en 2003 por la unificación de los programas de transferencias de ingresos condicionadas sectoriales (Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Cartão Alimentaçao, Auxilio-Gas). En 2005 también unifica sus prestaciones con el Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), incluyendo corresponsabilidades específicas a las familias pobres que presentan situaciones de trabajo infantil. Población meta: Familias en situación de pobreza y pobreza extrema. El programa Bolsa Familia está compuesto por cinco bonos: bono básico (tarjeta magnética); bono variable; bono variable adolescente; programa de atención integral a la familia (PAIF); acción Brasil carinhoso. El valor transferido varía de US$ 15 a 59, 48. La corresponsabilidad está representada por asistencia escolar mínima del 85%, cumplimiento de calendario de vacunación, controles de crecimiento en niñas y niños, **asistencia a controles prenatales** y acompañamiento a madres lactantes entre 14 y

44 años. En cuatros de los programas o bonos, las madres son las receptoras de las transferencias.

- Chile: Chile solidario, 2002. Descripción: Si bien es clasificado como PTC, este programa posee características particulares referidas a su enfoque psicosocial y la importancia que tiene el acompañamiento familiar a través del programa Puente. En términos más específicos, se trata de una estructura que pretende articular al conjunto de la oferta pública en torno a sus beneficiarios. Desde abril de 2011, se incorporan nuevos componentes focalizados para las familias en extrema pobreza a través del Programa de Bonificación al Ingreso Ético Familiar (Asignación Social). Población meta: Familias y personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad. Marco legal: Ley Nº 19.949; Decreto Nº 29 (2011). Organismo responsable: Ministerio de Desarrollo Social. Organismo(s) ejecutor(es): Secretaría Ejecutiva de Protección Social Fuentes de financiamiento: Gobierno de Chile.

Chile solidario cuenta con 13 programa: 7 de ellos tienen como receptora a la madre: bono de protección, bono de egreso, subsidio único familiar (SUF), asignación base, asignación por escolaridad, asignación por control niño sano, asignación por inserción laboral de la mujer. Los demás son entregados al destinatario directo: pensión básica solidaria, subsidio cédula de identidad, subsidio agua potable, subsidio pro retención escolar, programa de apoyo psicosocial (Puente) y vinculación con otros programas.

- Bélice: Creando oportunidades para nuestra transformación social (Building Opportunities for our social transformation, BOOST), 2011. Organismo responsable y ejecutor: Ministerio de Desarrollo Humano, Transformación Social y Alivio de la Pobreza. Descripción: El programa BOOST es un programa de transferencias con corresponsabilidad que provee una pequeña asistencia monetaria a hogares en situación de pobreza, sujeta a condicionalidades específicas en educación (asistencia mínima del 85% a la escuela) y salud (inmunización de niños menores de 5 años y **controles pre-natales para mujeres embarazadas**). Montos: mínimo de US$ 22.1 mensuales y máximo de US$ 247.2 mensuales.

- Bolivia: Madre niña – niño Juana Azurduy, 2009. Marco legal: Decreto supremo no. 0066 (2009); Decreto Supremo 0426 (2010) Organismo responsable y ejecutor:

Ministerio de Salud y Deportes Fuentes de financiamiento: Recursos internos del Tesoro General de la Nación, Banco Mundial (52 municipios), BID (30 municipios) Descripción: Programa de transferencias monetarias condicionadas con la finalidad de hacer efectivo los derechos fundamentales de acceso a la salud y desarrollo integral, para disminuir los niveles de **mortalidad materna e infantil** y la desnutrición crónica de los niños y niñas menores de dos años. Población meta: **Mujeres embarazadas y lactantes, sin cobertura de salud.** Los beneficios se extienden hasta que el niño o niña cumplen dos años de edad. El programa Juana Azurduy está compuesto por tres bonos: 1) de control prenatal: 4 entregas en efectivo (cada una de B$50, equivalentes a US$ 6,98), a las mujeres embarazadas. Deben asistir a **controles prenatales** y sesiones y actividades educativas. 2) de parto institucional y control posnatal: destinado a mujeres embarazadas e hijos/as hasta dos años de edad. Pago único en efectivo (B$ 120 equivalentes a US$ 16,75). La corresponsabilidad está representada por la **atención institucional del parto** y asistencia a controles posteriores hasta 10 días. 3) de controles integrales de salud: destinado a mujeres embarazadas e hijos/as menores de 1 año. Transferencia en efectivo, de 12 bono bimestrales, durante 24 meses (total B$ 1500 equivalentes a US$ 209). Corresponsabilidades: asistir a los controles integrales de salud en el centro de salud asignado. Cumplimiento de recomendaciones nutricionales y calendario de vacunas. Asistencia de la madre a sesiones y actividades educativas.

- El Salvador: Comunidades solidarias (ex Red Solidaria) 2005. Marco legal: Decreto Ejecutivo 11 (2005); Decreto Ejecutivo N° 56 (2009); Decreto Ejecutivo N° 72 (2010). Organismo responsable: Presidencia de la República. Organismo(s) ejecutor(es): Secretaría Técnica de la Presidencia y Fondo de Inversión Social para el Desarrollo Local (FISDL) Fuentes de financiamiento: Banco Mundial (BM); Banco Interamericano de Desarrollo (BID); Otras fuentes bilaterales y multilaterales. Descripción: Programa de Transferencias Condicionadas (PTC), conocido hasta 2009 como Red Solidaria. Mantiene en lo esencial su estructura, manteniendo los ejes de Capital Humano (transferencias monetarias), Servicios básicos (ampliación de infraestructura local) y Generación de Ingreso y Desarrollo Productivo (programas de microcrédito y capacitación con énfasis en la seguridad alimentaria), añadiendo nuevas transferencias y un cuarto componente de Gestión territorial que supone el fortalecimiento de la gestión local de los Gobiernos municipales y sus comunidades. A partir de 2009 se implementa como piloto el programa Comunidades Solidarias

urbanas. Población meta: Familias en extrema pobreza con niños/as menores de 21 años y/o **mujeres embarazadas** que residen en municipios con mayor situación de pobreza extrema severa y alta o en asentamientos precarios urbanos.

Este programa consta de cinco bonos o subprogramas: de educación, nuestros mayores derechos, ampliación de servicios y/o infraestructura, programa de apoyo temporal al ingreso (PATI), de salud (destinado a mujeres embarazadas y menores de 5 años, US$ 15 mensuales, debiendo **asistir a controles prenatales**, vacunación según calendario, controles de peso y talla).

- Guatemala: Mi bono seguro, 2012. Organismo responsable y ejecutor: Ministerio de Desarrollo Social MIDES. Descripción: Es un programa de transferencias monetarias condicionadas coordinado por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), dirigido a las familias que viven en condiciones de pobreza y extrema pobreza, con el cual se busca incrementar la tasa de escolaridad de los niños/as, así como mejorar su estado de salud y nutrición. Este programa forma parte del pacto "Hambre Cero" del gobierno guatemalteco. Población meta: Familias en situación de pobreza y extrema pobreza con hijos/as de entre 0 y 5 años y 6 a 15 años y/o mujeres gestantes y lactantes. Mi bono seguro tiene dos componentes: el *bono escolar* que consta de una transferencia mensual a la madre de hijos/as entre 6 y 15 años para asistencia escolar (monto Q150 equivalentes a US$18,4); y el *bono de salud* para asistencia a controles de salud de los niños hasta 15 años y **prenatales** en mujeres embarazadas y lactantes, recibiendo una transferencia monetaria (monto Q150 equivalentes a US$18,4).

- Haití: Ti Manman Cheri, 2012: Organismo responsable: Ministerio de Economía y Finanzas. Organismos ejecutores: Fondos de Asistencia Económica y Social (FAES). Fuentes de financiamiento: Fondo PetroCaribe/Venezuela. Descripción: Ti Manman Cheri es un programa de transferencias condicionadas cuya **receptora es la madre**, enfocado en cubrir el costo de oportunidad de la escolarización de los niños y niñas que viven en situación de extrema pobreza. Tiene los siguientes objetivos: la reducción de la carga financiera en educación para las familias; el mejoramiento de las tasas de asistencia escolar; el mejoramiento de la calidad de la educación; el empoderamiento de las mujeres e inyectar liquidez en la economía local. El programa consiste en una **transferencia**

mensual a las madres en situación de extrema pobreza con la condición de que sus hijos estén inscritos a la escuela y asistan regularmente. Población meta: Familias en situación de pobreza Escala geográfica: Barrios pobres de Port-au-Prince, aunque la intención es extender el programa a nivel nacional. Criterios de egreso o salida: El programa tiene una duración de 6 meses, renovables hasta 10 veces (5 años) o hasta que los niños egresen de 6° año de primaria. Comentarios: El programa empezó en 2012 su primera fase piloto de un año. Se contempla un subsidio a la oferta bajo el programa Lekol Timoun Yo.

- Jamaica: Programa de promoción de la salud y la educación (Programme of Advancement Through Health and Education, PATH) 2001. Organismo responsable: Ministerio del Trabajo y Seguridad Social Fuentes de financiamiento: Banco Mundial (BM). Descripción: Programa de transferencias condicionadas con énfasis en grupos vulnerables. Población meta: Familias en situación de pobreza con niños/as menores de 17 años, adultos mayores de 60 años, discapacitados/as, **mujeres embarazadas**/ dando lactancia y/o adultos pobres sin empleo (entre 18 y 64 años).

- Panamá: Red de oportunidades, 2006. Organismo responsable: Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Organismo ejecutor: Secretaría del Sistema de Protección Social. Fuentes de financiamiento: Gobierno de Panamá. Descripción: Programa de transferencias condicionadas con énfasis en la reducción de la pobreza extrema. El programa cuenta con un componente especial para las zonas rurales e indígenas (Programa de Bonos Familiares para la Compra de Alimentos). Incluye además componentes de apoyo familiar y de mejoramiento de la oferta local. Contempla acciones de acompañamiento familiar para verificar cumplimiento de condicionalidades y permitir intercambio de información con beneficiarios acerca de sus derechos y necesidades. El programa tiene previsto la transferencia monetaria condicionada (**TMC)** para todas las familias beneficiarias. **Las madres son las receptoras** de dinero en efectivos debiendo cumplir con las siguientes corresponsabilidades: en *salud*, asistencia a **controles prenatales y de puerperio**; los niños/as menores de 5 años asistencia a controles de crecimiento y desarrollo e inmunización. En *educación*: (niños/as entre 4 y 17 años) asistencia de un 80% a clases durante el bimestre escolar. *Capacitación*: Al menos una persona adulta del hogar: participación en las jornadas de capacitación convocadas bimestralmente.

- Paraguay: Tekoporá, 2005. Marco legal: Decreto N° 1928 (2009) Organismo responsable: Presidencia de la República. Organismo ejecutor: Secretaría de Acción Social (SAS). Fuentes de financiamiento: Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (2005-2010), Banco Mundial (2009), Donación de la República de Taiwan (2005-2010), entidad binacional Yacyreta (2009-2010), recursos genuinos del Tesoro Impuestos. Descripción: **Programa de transferencias condicionadas** (PTC). Forma parte de los programas de protección social de la Secretaría de Acción Social (SAS), junto con los programas Propais II y Ñopytyvo. Población meta: Hogares en situación de extrema pobreza con **mujeres embarazadas**, padres viudos, adultos mayores y/o niños/as hasta los 14 años. Tekoporá consta de cinco componentes**:** 1) soporte alimentario: transferencia bimestral en efectivo siendo la receptora la **madre.** Corresponsabilidades: en *salud,* asistencia a Centros de Atención para control de crecimiento, desarrollo y vacunación: niños/as y adolescentes; asistencia a **controles prenatales para mujeres embarazadas**. En *educación*: matriculación y asistencia regular de niños/as y adolescentes a las escuelas y participación de adultos/as en programas de alfabetización 2) apoyo en educación y salud, 3) apoyo adulto mayores; 4) apoyo a discapacitados; 5) guías familiares.

- Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA): Programa de ciudadanía porteña, 2005. Ley 1878 de la legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Transferencia condicionada. Población meta: Hogares residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en situación de pobreza. Se pone énfasis en hogares con **mujeres embarazadas** y miembros menores de 18 años, discapacitados y/o adultos mayores, seleccionados en base al Registro único de beneficiarios de programas sociales (RUB). Financiado por el Gobierno de la ciudad de Buenos Aires. Compuesto por dos programas: a) “Subsidio a los hogares” siendo la **mujer la receptora de la transferencia** en forma de tarjeta magnética de compra. Corresponsabilidades: *Educación:* Intentar que los niños de 3 y 4 años asistan al Jardín de Infantes; enviar a los niños de 5 años al preescolar; enviar a los chicos entre 6 y 18 años a la escuela primaria y a la secundaria. *Documentación e información*: Gestionar el Documento Nacional de Identidad a todos los integrantes del hogar; Procurar la veracidad de la información provista para efectos de participación en el programa. ***Salud:*** **Controles mensuales de embarazo, parto y post parto**; Controles de salud de niño sano y desarrollo nutricional (las exigencias cambian según la edad de beneficiarios); Cumplir con el calendario de vacunación obligatorio. b) “Estudiar es trabajar” cuyos

beneficiarios/as son jóvenes entre 18 y 29 años integrantes de hogares beneficiarios, con al menos 2 años de residencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y que estudian en cualquier nivel del sistema educacional formal. Modalidad de transferencia: Tarjeta magnética/de débito, de entrega mensual, siendo el beneficiario directo el receptor de la misma. Corresponsabilidades: **Educación**: Estar inscrito en cualquier nivel del sistema educativo formal con reconocimiento oficial (primario, secundario, terciario universitario/no universitario, universidad). Quienes están en el nivel primario o secundario deben asistir a la escuela y promover los estudios anualmente; los que se encuentran en el nivel terciario o universitario deben aprobar al menos dos materias en el año.

Decreto Nacional Nº446/2011: Asignación por embarazo para protección social.

El decreto 446/2011, *Asignación por embarazo para protección social*, modifica la Ley 24.714/1996 sobre Régimen de Asignaciones familiares (Anexo Nº 1 y Nº 2). Entra en vigencia el día 19 de abril de 2011. Un análisis de aquel texto obliga a detenerse en varios conceptos para entender su espíritu.

El primer párrafo establece la obligación del Estado de adoptar políticas públicas que permitan mejorar la situación de los grupos familiares en situación de vulnerabilidad social.

El concepto de políticas públicas tiene varias definiciones aceptadas: Para Dye (2008:1) una política pública “es todo lo que los gobiernos deciden hacer o no hacer”. Aguilar Villanueva (1996: 26) en tanto, señala que una política pública es “en suma: a) el diseño de una acción colectiva intencional, b) el curso que efectivamente toma la acción como resultado de las muchas decisiones e interacciones que comporta y, en consecuencia, c) los hechos reales que la acción colectiva produce”. Finalmente Kraft y Furlong (2006:5) plantean que “una política pública es un curso de acción o de

inacción gubernamental, en respuesta a problemas públicos. Las políticas públicas reflejan no sólo los valores más importantes de una sociedad, sino también el conflicto entre valores. Las políticas dejan de manifiesto a cuál de los muchos diferentes valores, se le asigna la más alta prioridad en una determinada decisión".

Al referirse a las políticas públicas sociales se definen aquellas que producen impacto cuando inducen a cambios en las representaciones subjetivas de los incluidos en el derecho que la política pública quiere garantizar. En el caso particular que nos ocupa, la Asignación Universal implicaría la construcción simbólica en los/as chicos/as, sus padres, las mujeres embarazadas y la comunidad educativa y de salud, asociada a un estado presente y activo en cuanto a ser partícipe del desarrollo humano.

El estado de vulnerabilidad social es una condición social de riesgo, de dificultad, que inhabilita e invalida, de manera inmediata o en el futuro, a los grupos afectados, en la satisfacción de su bienestar en tanto subsistencia y calidad de vida, en contextos sociohistóricos y culturalmente determinados.

Las mujeres embarazadas son especialmente susceptibles a los efectos de los factores de riesgos biológicos, sociales y económicos. La falta de control prenatal o los medios para acceder a él, potencian los efectos nocivos e impide las intervenciones oportunas para detectar y tratar desvíos de la normalidad.

El 5º párrafo considera los "resultados positivos que ha generado la incorporación de la Asignación universal por hijo para protección social (Decreto 1602/09) en cuanto a la reducción de la pobreza": En un esquema de este tipo el ingreso universal a los chicos adquiere una importancia significativa ya que es un instrumento que permite acercar más ingresos, que por sí solos no son significativos pero junto a otros sí lo son, y que puede garantizar un piso de consumo que está en la base de una sociedad moderna, civilizada y democrática.

El 6º párrafo tal vez sea el eje de esta trabajo: "Que la mortalidad materna es un indicador de la injusticia social, la inequidad de género y la pobreza, ya que el problema se vincula estrechamente con las dificultades de acceso a la educación y a los servicios de atención médica especializados". El concepto de mortalidad materna define a toda mujer que muere mientras está embarazada o dentro de los 42 días completos de terminado el embarazo, independientemente de la duración y localización de éste, por cualquier causa relacionada o agravada por la gestación o por su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales (OPS/OMS, 1995). Se considerará muerte materna tardía aquella ocasionada por causas obstétricas directas (resultan de complicaciones del embarazo, parto y/o puerperio) o indirectas (resulta de enfermedades preexistentes o que se desarrollan durante el embarazo y no son debidas a causas obstétricas directas pero que son agravadas por el embarazo) que sucede más allá de los 42 días pero menos de un año de terminado el embarazo.

Las causas más frecuentes de la mortalidad materna son:

- Embarazos que terminan en abortos
- Causas obstétricas directas: Preeclampsia – eclampsia, Hemorragia y shock hipovolémico, especialmente en el parto e infección puerperal.
- Causas obstétricas indirectas: HIV, enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades del sistema respiratorio.

Los párrafos 7º y 8º son reflexiones acerca de la importancia del control prenatal en cuanto a la cobertura y detección temprana de factores de riesgo en los sectores más desfavorecidos considerado como una cuestión de derecho.

Párrafo 7º: "Que entendemos que la cobertura en el ámbito de la seguridad social debe ser atendida desde el estado de gestación, de forma tal de brindar a la madre embarazada programas públicos de atención de diagnóstico y tratamiento oportuno, disminuyendo de esta forma los índices de mortalidad maternal, perinatal, neonatal e infantil que se encuentran asociados a problemas en el acceso a los servicios de salud".

Párrafo 8º: "Que el hecho de que la mortalidad maternal, perinatal y neonatal sea superior en los estratos de ingresos más bajos, indica que hacer universales los programas públicos, es una cuestión de equidad y justicia social".

Párrafo 10º: Establece la condicionalidad de la transferencia monetaria al expresar "Que como requisito obligatorio para el cobro del cien por ciento (100%) de la Asignación creada por el presente, para la cobertura del estado de embarazo, resulta imprescindible exigir el cumplimiento de los controles sanitarios con la inscripción al "Plan Nacer" del Ministerio de Salud o la certificación médica expedida de conformidad con dicho plan, para los casos que cuenten con cobertura de obra social".

B. Control Prenatal:

El segundo aspecto a desarrollar en el presente trabajo es el control prenatal (CPN) que será definido como la serie de contactos o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del niño/niña[10,11,]. Bajo la mirada de la *Maternidad segura y centrada en la familia* (MSCF) se debe facilitar la asistencia al control prenatal con turnos programados, en horarios amplios, en ambientes agradables, con la participación de la familia. Se debe favorecer la articulación entre distintas maternidades para la realización de estudios complementarios o procedimientos diagnósticos. También, la embarazada y su familia, deberá recibir información sobre los derechos de la mujer en el parto, procreación responsable y curso de preparación para la maternidad[12].

[10] Schwarcz, R.; "Obstetricia".6º ed., 3º reimp. Buenos Aires. El ateneo, 2008. 175.
[11] Fondo de las naciones unidas para la niñez, UNICEF. 2º ed. "Maternidad segura y centrada en la familia, conceptualización e implementación del modelo". Argentina, 2012. 37.
[12] Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Argentina. Preparación integral para la maternidad. Guía para el trabajo de equipos de salud interdisciplanarios. 2005, Ministerios de salud de la Nación. Argentina.

El control prenatal (CPN) adecuado en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, diferenciados acorde al riesgo de cada mujer, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de promoción de la salud.

Se persigue con él:

- La administración de contenidos educativos para la salud de la familia y la crianza de los hijos;
- La detección de enfermedades maternas subclínicas;
- La prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones maternas;
- La vigilancia del crecimiento y de la vida fetal;
- La disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo;
- La preparación psicofísica para el embarazo, parto y posparto.

Para el logro de estos objetivos el CPN debe cumplir con los siguientes requisitos:

1. Ser **precoz**: la primera entrevista debe realizarse durante el primer trimestre de embarazo, es decir, antes de las 12 semanas de gestación. Este es el momento oportuno para la acciones de promoción (para incrementar el autocuidado), protección (para verificar condiciones del entorno, saneamiento, situación laboral) y recuperación de la salud. Actualmente se recomienda la **consulta preconcepcional**[13] para lograr el mejor estado de salud posible de los futuros padres a fin de alcanzar el embarazo en las mejores condiciones. En esta consulta, el equipo de atención perinatal podrá enfocarse en los siguientes aspectos fundamentales:
    - Salud reproductiva para la libre elección del momento, cantidad y espaciamiento de los embarazos.
    - Cuidados en el embarazo y su etapa previa.
    - Identificación de factores de riesgo personales, familiares, ambientales y conductas saludables.
    - Basar la atención preconcepcional en los principios de Maternidad segura y centrada en la familia: respetar la diversidad y las experiencias

[13] Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Argentina. Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal. Ed. 2012. Ministerios de salud, Argentina.

personales; informar los derechos sexuales y reproductivos; tener en cuenta aspectos físicos, psicológicos, familiares y socio-económicos.

En la primera entrevista (una vez confirmado el embarazo) es conveniente realizar un cuidadoso interrogatorio o anamnesis, utilizando como guía la Historia Clínica Perinatal Base[14], HCPB, y un examen clínico obstétrico completo.

La anamnesis incluye datos de identificación (apellido y nombre, domicilio y localidad, número de documento, fecha de nacimiento y edad) caracterización socioeconómica y educacional (estado civil, grupo familiar, situación laboral, personas a cargo, nivel de instrucción) antecedentes personales (enfermedades clínicas y quirúrgicas, grado de secuelas, efectos posibles sobre la gestación actual) y familiares (se busca en personas de primer grado de parentesco y cónyuge, la existencia de cuadros como diabetes, tuberculosis, hipertensión o embarazos múltiples), ginecológicos (aquellas afecciones y/o intervenciones quirúrgicas que causen modificación en la conducta de atención) y perinatales (resultados obstétricos y neonatales en gestaciones previas como fecha del último parto, forma de finalización, lactancia materna, características del recién nacido).

Una vez finalizada la anamnesis se procede a la evaluación de la gestación actual. Se determina peso previo a la gestación, talla, fecha de última menstruación para realizar el cálculo de la fecha probable de parto, hábitos y estilos de vida (en relación a nutrición, consumo de tabaco, drogas, alcohol, contexto laboral y ambiental) y vacunación vigente. Es en ésta entrevista que se dan contenidos educativos destinados a informar los derechos de la madre y su familia en relación a los servicios de salud, la importancia del control prenatal, la programación de futuros encuentros, las actitudes de cuidado y los signos de alarma.

2. Ser **periódico**: de acuerdo a los factores de riesgo, determinados en la primera consulta, será la frecuencia de las entrevistas. Considerando un “factor de riesgo” aquella característica asociada a una probabilidad mayor de sufrir un daño (Rose, 1985) se establecerá de manera individual de acuerdo a las

[14] En Anexos.

necesidades de cada embarazada, según los antecedentes y la evolución de la gestación actual. Un embarazo de bajo riesgo requerirá 5 controles prenatales. Un embarazo de alto riesgo es aquel en que la madre, el feto y/o neonato tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes o después del parto. En la HCPB se especifica un factor de riesgo en cada variable con color amarillo.

3. Ser **completo**: los contenidos y el cumplimiento del control prenatal garantizan su eficacia. Debe incluir acciones de promoción (aquellas acciones que aumenten el control de las personas sobre su salud), protección (asesoramiento legal en relación al trabajo, vacunación, administración de hierro y ácido fólico, realización de Papanicolaou y colposcopía, detección de enfermedades mediante exámenes de laboratorio, controles de rutina en cada consulta como peso, signos vitales, medición de altura uterina), recuperación y rehabilitación de la salud (tratamiento de enfermedades preexistentes subclínicas, secuelas de gestaciones previas, complicaciones del embarazo).

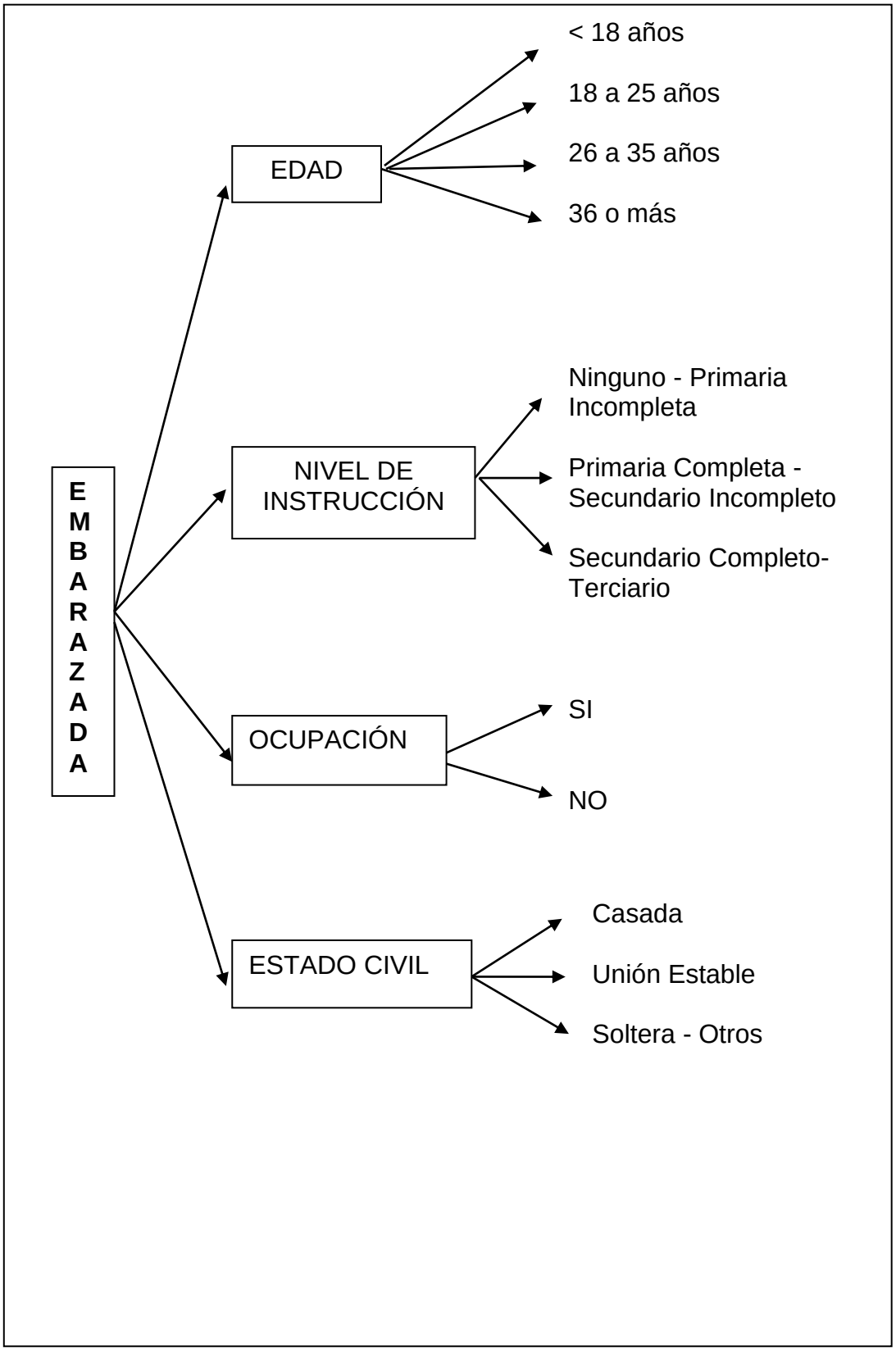
4. Ser de **amplia cobertura**: en la medida que el control prenatal cubra mayor parte de la población, se espera una reducción en la morbimortalidad perinatal. Este aspecto debe vincularse a la atención preconcepcional para mejorar la cobertura. Para la realización del control prenatal de bajo y mediano riesgo, no se requiere de instalaciones costosas, tecnologías complejas ni laboratorios sofisticados. Herramientas de bajo costo como la Historia clínica perinatal base, carne perinatal, tensiómetro, termómetro, tallímetro, balanza, material impreso sobre los derechos de la mujer y la familia, cuidado en el embarazo y signos de alarma. Incluso, al tratarse de embarazo de mediano riesgo, algunos autores sugieren el control domiciliario. Es importante considerar que el embarazo por sí mismo no define una enfermedad y por tanto, muchas mujeres no asistirán ya que su estado es de salud. Basado en la mirada del “enfoque de riesgo” es necesario tener presente que de la población total de mujeres embarazadas, sólo el 25% será de alto riesgo y el 20% de éstas podrán ser detectadas durante el embarazo mediante un control precoz que cumpla con las características ya descriptas.

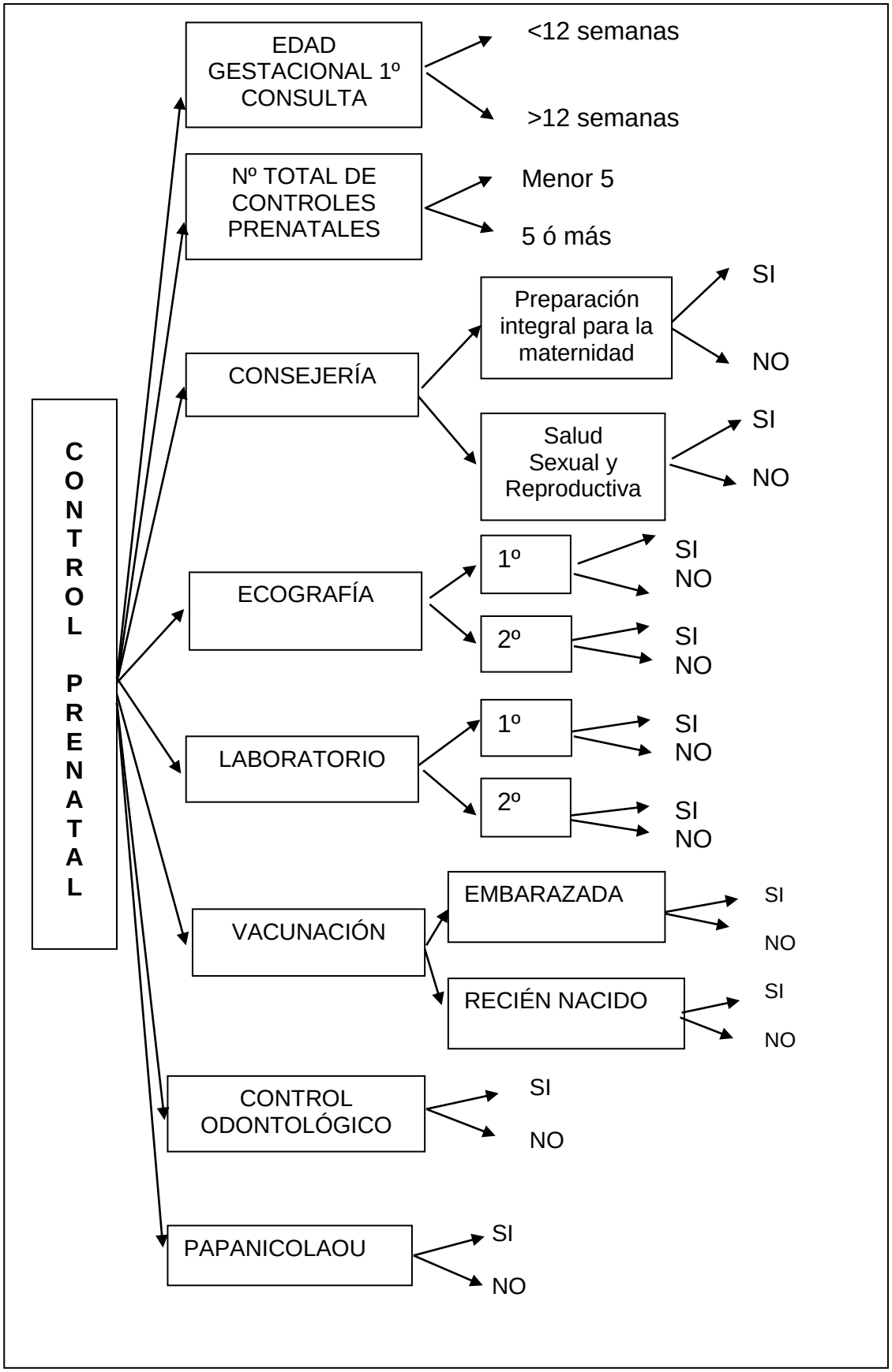
Aunque debe considerarse el control prenatal como una etapa dentro del cuidado continuo de la salud de la mujer, en muchos lugares del mundo como en Argentina, la consulta prenatal suele ser el primer examen integral de salud que recibe la mujer. El derecho a la protección de la salud en todas las etapas de la vida ha sido, en ocasiones, un ejercicio difícil, desconocido y desigual. La definición constitucional, las múltiples declaraciones nacionales e internacionales, así como el gasto en salud y su distribución, han sido objeto de estudio en busca de acercamiento a la equidad en el derecho a la protección de la salud. Las desigualdades en el apoyo de que disponen las mujeres durante el embarazo y el parto son evidentes tanto entre los países como dentro de cada país. Para que la asistencia prenatal resulte efectiva, los expertos internacionales recomiendan realizar al menos cuatro visitas a un médico general u obstétrica/partera cualificado durante el embarazo. Las intervenciones sanitarias pueden reducir la mortalidad materna, si bien su disponibilidad ha de ser más amplia.[15]

La crisis mundial es grave y actual. Afecta casi todos los sectores y economías locales y regionales. Sin dudas los más afectados son aquellos con menos recursos. La pérdida de empleo y la disminución de los salarios, serán las principales responsables del aumento de la pobreza en casi 46 millones de personas[16]. Entre los indicadores perinatales, la muerte materna y neonatal son los más sensibles al medir la calidad de atención maternoinfantil en un país. Disminuir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna forman parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio establecidos en el año 2000 por 192 países miembros de las Naciones Unidas para el 2015.

Identificación de variables

[15] Naciones Unidas, Objetivos de desarrollo del milenio, Informe 2007.
[16] *Revista Cubana de Salud Pública* 36.3 (2010): 76-103. Hadad, Jorge Luis Hadad, and Elías Valdés Llanes. "La protección social en salud como enfrentamiento a una crisis económica. (Spanish)." *MedicLatina*. EBSCO. Web. 7 Sept. 2011


EMBARAZADA
EDAD
< 18 años
18 a 25 años
26 a 35 años
36 o más
NIVEL DE INSTRUCCIÓN
Ninguno - Primaria Incompleta
Primaria Completa - Secundario Incompleto
Secundario Completo- Terciario
OCUPACIÓN
SI
NO
ESTADO CIVIL
Casada
Unión Estable
Soltera - Otros


CONTROL PRENATAL
EDAD GESTACIONAL 1º CONSULTA
<12 semanas
>12 semanas
Nº TOTAL DE CONTROLES PRENATALES
Menor 5
5 ó más
CONSEJERÍA
Preparación integral para la maternidad
SI
NO
Salud Sexual y Reproductiva
SI
NO
ECOGRAFÍA
1º
SI
NO
2º
SI
NO
LABORATORIO
1º
SI
NO
2º
SI
NO
VACUNACIÓN
EMBARAZADA
SI
NO
RECIÉN NACIDO
SI
NO
CONTROL ODONTOLÓGICO
SI
NO
PAPANICOLAOU
SI
NO

Definición de términos

1. **Edad:** cronológica en años al momento de la primera consulta para control prenatal. Para el análisis de variables se agrupó en las siguientes categorías:
   - Menor a 18 años
   - 18 a 25 años.
   - 26 a 35 años.
   - 36 o más años.

2. **Nivel de instrucción:** se refiere a estudios cursados en el sistema formal de educación. Se registra el máximo nivel alcanzado y se categorizó en función del último certificación obtenido o ciclo finalizado:
   Categoría:
   - Ningún estudio - Primaria incompleta
   - Primaria completa - Secundaria incompleta
   - Secundaria completa – Terciario incompleto

3. **Ocupación:**
   Categorías:
   - SI: tiene ocupación informal.
   - NO: no tiene ocupación dentro de la economía formal, no trabaja o es ama de casa.

4. **Estado civil:** se refiere al estado actual al momento de la 1º consulta. Se consigna según la categoría que corresponda: casada, unión estable, soltera y otros.

5. **Edad gestacional en la 1º consulta:** edad gestacional calculada según fecha de última menstruación (FUM) al momento de la 1º consulta prenatal. Se detallan las categorías:

-Antes de 12 semanas de gestación.

-Después de 12semanas (12 semanas y 1 día)

6. **Número total de controles prenatales:**

Entrevistas o visitas programadas de la embarazadas con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

En el presente trabajo se considera Control Prenatal al encuentro de la embarazada con el profesional especializado donde se realizan las siguientes acciones:

- Especificación de día y mes del año de la consulta.
- Edad gestacional al momento de la consulta en semanas competas.
- Control de peso materno, en kilogramos.
- Control de presión arterial (en mm de Hg).
- Medición de altura uterina en centímetros.
- Presentación fetal si corresponde.
- Frecuencia de latidos cardíacos por minuto.
- Iniciales del técnico.
- Fecha de próxima cita, día y mes.

7. **Consejería:**

Información ofrecida sobre *Preparación Integral de la maternidad* (PIM) y *Salud Sexual y Reproductiva* (SSyR). En ambos casos se estableció las categoría SI y NO en función de la existencia de espacios físicos para el encuentro con las embarazadas y el desarrollo de contenidos educativos (conocimiento del cuerpo, desarrollo y cuidados del embarazo, alimentación y control de peso, lactancia materna, motivos de consulta, síntomas de trabajo de parto, cuidados en el posparto, cuidados del recién nacido y sus controles; preparación física y temas especiales como contracepción en el puerperio y duración de la lactancia materna, relación madre hijo/a, sexualidad, vida laboral y derecho).

8. **Ecografía:** Método de diagnóstico que permite estimar edad deL embarazo, evaluación del embarazo, detectar malformaciones fetales, localizar del embarazo y la placenta, vigilar el crecimiento fetal, anticipar el diagnóstico y confirmar el diagnóstico de embarazo múltiple, ajustar la edad gestacional cuando la amenorrea es desconocida.

En el presente trabajo se consideró la realización de 2 ecografías:

- 1º ecografía: entre las 11 a 14 semanas de gestación: permite describir la anatomía general del feto y el diagnóstico o sospecha de patologías.
- 2º ecografía: entre las 22 y 28 semanas de gestación: permite definir crecimiento ponderal, bienestar fetal, localización placentaria y cantidad de líquido amniótico.

9. **Laboratorio:** En este trabajo se consideró dos exámenes de laboratorio (de rutina para control de embarazo) realizados en el segundo y anteúltimo control prenatal. En los mismo se solicitó:
   - Grupo sanguíneo y facto Rh (sólo en la primera solicitud)
   - Hemograma completo con recuento diferencial de glóbulos blancos, hemoglobina y hematocrito.
   - Glucemia
   - Citoquímico de orina. Cultivo.
   - Serología para sífilis, rubeola, toxoplasmosis, hepatitis B, HIV.

10. **Vacunación:** Se considera **SI** cuando el esquema está completo. Embarazada:

-Antigripal, en cualquier trimestre del embarazo.

-Doble bacteriana (difteria y tétanos): de no contar con el esquema completo, o sea, si no se tiene una dosis registrada en los últimos 10 años, se debe dar una dosis.

-Doble viral o Triple viral en el puerperio. Si no se tiene registro de al menos 2 dosis de la vacuna después del año de edad o una dosis en la última campaña, deberá darse cualquiera de estas vacunas.

Recién Nacido

-BCG (dosis única) y 1º dosis Hepatitis B.

11. **Control odontológico:** Realización o no de control odontológico durante la gestación.
12. **Papanicolaou:** Realización o no de examen Papanicolaou durante la gestación.

OBJETIVOS

Analizar el impacto de la Asignación por embarazo para protección social en los indicadores de control de embarazo, en una misma mujer embarazada con el beneficio y con una gestación previa sin él.

Para alcanzar tal objetivo se desarrolló un instrumento de recolección de datos que permitió el registro de las variables en estudio.

Objetivos específicos

Describir el comportamiento de los indicadores bajo estudio según edad, nivel de instrucción, ocupación y estado civil.

Observar la evolución de los indicadores de control prenatal en relación a la presencia o no del beneficio "Asignación por embarazo para protección social" (edad gestacional en la primera consulta, número total de controles, recepción de consejería en Salud sexual y reproductiva y Preparación integral para la maternidad, realización de ecografías y análisis de rutina y cumplimiento de vacunación en la gestante y el recién nacido, control odontológico y realización de Papanicolaou).

MATERIAL Y MÉTODO

Población:

La población con la que se trabajó estuvo constituida por 82 embarazadas que cumplieron los siguientes criterios de inclusión:

- Mujeres embarazadas que teniendo el beneficio Asignación por embarazo para protección social, cursaron embarazos previos sin el mismo.
- Embazadas que realizaron los controles prenatales en uno de los centros de salud seleccionados en el presente trabajo.

Se excluyeron las embarazadas cuyos registros estuvieron incompletos.

Tipo de investigación:

Se realizó una investigación descriptiva, retrospectiva, transversal, cuantitativa.

Técnica e instrumento de recolección de datos:

Para la recolección de datos se construyó una grilla de datos vinculados a las historias clínicas perinatales del centro de salud Nº 34 Potrerillos, Luján de Cuyo y Hospital Alfredo Metraux, Maipú, provincia de Mendoza.

Instrumentos:

1. **Historia clínica perinatal base (HCPB):** es uno de los instrumentos del Sistema informático perinatal (SIP) junto al carné perinatal que se entrega a la mujer embarazada en su primer control (*Anexo 2*). El SIP es el programa de captura y procesamiento local de datos que se usan en los servicios de obstetricia y neonatología de instituciones que atienden mujeres y recién nacidos sanos o con complicaciones menores.

La HCPB fue diseñada para cumplir con los siguientes objetivos[17]:

[17] Sistema informático perinatal. Historia clínica perinatal. Instrucciones de llenado y definición de términos. Publicación científica CLAP/SMR 1563. Noviembre 2007. OPS/OMS.

- Servir de base para planificar la atención de la embarazada y su hijo y facilitar el funcionamiento de los servicios perinatales.
- Normalizar y unificar la recolección de datos.
- Facilitar al personal de salud la aplicación de normas de atención para la embarazada y el recién nacido.
- Ofrecer elementos indispensables para la supervisión y evaluación de centros de atención para la madre y el recién nacido.
- Ayudar a la capacitación del equipo de salud.
- Conocer las características de la población asistida.
- Construir un registro de datos perinatales para la investigación en centros de salud.
- Construir un registro de datos de interés legal para la embarazada, su hijo, el equipo de salud y la institución responsable de la atención.

Matriz de recolección de datos:

Nº orden	**Residencia**	**Edad Materna**				**Nivel de instrucción**							**Estado civil**				**Ocupación**	
	En Km	**<18**	**18 - 25**	**26-35**	**36 o más**	**N**	**PI**	**PC**	**SI**	**SC**	**TI**	**TC**	**C**	**UE**	**S**	**O**	**SI**	**NO**

///

///

AUH	1º CP		Total CP		Consejería		Ecografía		Laboratorio		Vacunación		EX. Odont.		PAP	
	< 12 sem.	>12 sem	< 5	5 o +	PIM	SSyR	1º	2º	1º	2º	Emba-razada	RN	Si	No	Si	No
NO																
SI																

Técnica de procesamiento estadístico de datos

Los datos de las variables en estudio volcados en soporte magnético, fueron analizados mediante la versión actualizada del Statistical Package for the Social Sciences (software SPSS versión 11.5 en español) y ordenados en tablas frecuenciales simples y de contingencia que facilitaron el entrecruzamiento de variables. Los análisis se hicieron conforme a los estadísticos posibles de calcular (medida de tendencia central, de variabilidad, pruebas de hipótesis, etc) según lo permitieron las escalas que se midieron en el presente estudio. La interpretación de los datos se hizo teniendo en cuenta el Marco Teórico, la hipótesis planteada y los objetivos propuestos.

RESULTADOS Y DISCUSIONES

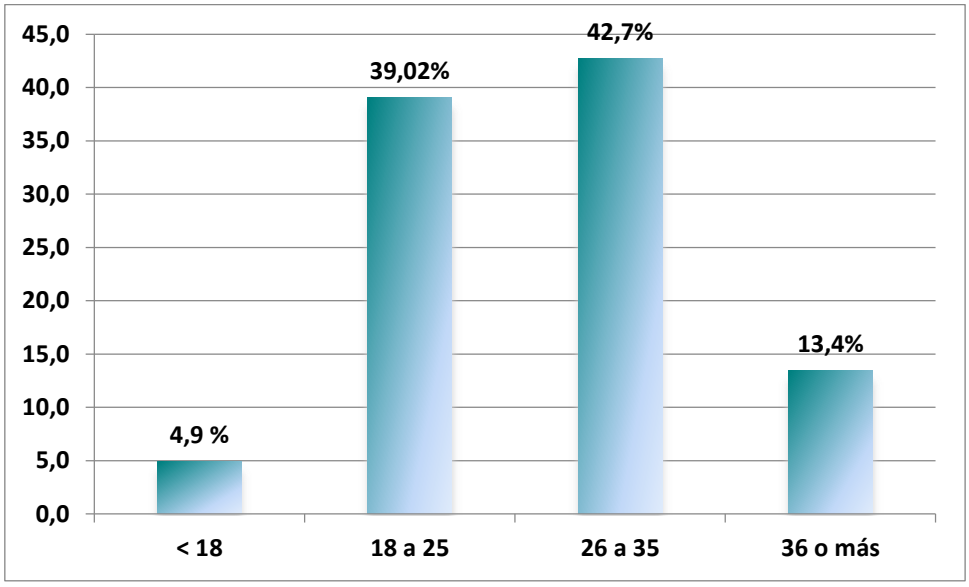
Se realizó un estudio de tipo descriptivo y analítico en la provincia de Mendoza, en el cual se captó a 82 mujeres embarazadas y/o puérperas que fueron controladas en dos centros de atención provinciales. Las mismas recibieron la "Asignación por embarazo para protección social" y habían tenido una o más gestaciones previas sin el beneficio. A continuación se presentan la descripción de las variables demográficas estudiadas.

Tabla 1: Distribución según grupo de edades materna.

Grupos de edades	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
< 18	4	4,9	4,9
18 a 25	32	39,0	43,9
26 a 35	35	42,7	86,6
36 o más	11	13,4	100
Total	82	100	

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012

Figura 1: Distribución de mujeres seleccionadas por grupos de edades (en porcentajes).



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

Con respecto al grupo de edades de las mujeres analizadas se encuentran en las franjas centrales que comprende entre los 18 años y 35 años. Sin embargo, las mujeres mayores de 36 años presentan un porcentaje superior al 13%.

Medidas de tendencia central: edad.

Media		27
Mediana		27
Moda		22
Valor mínimo		17
Valor máximo		41
Percentiles	25	22
	50	27
	75	31

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

Con respecto a la edad de las mujeres seleccionadas, la muestra presentó una media y una mediana de 27 años, en tanto la moda fue de 22 años. En relación a la

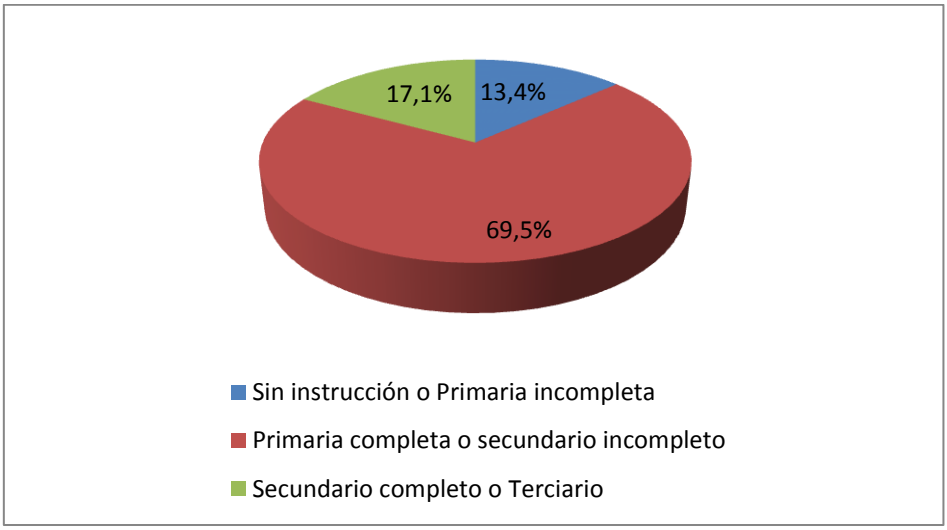
distribución por edades hasta el 75 % de la muestra era de 31 años. El valor mínimo presentado fue de 17 años, en tanto el máximo fue de 41 años.

Tabla 2: Distribución de nivel de instrucción materna.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sin instrucción o Primaria incompleta	11	13,4	13,4
Primaria completa o secundario incompleto	57	69,5	82,9
Secundario completo o Terciario	14	17,1	100,0
Total	82	100	

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012

Figura 2: Distribución de mujeres embarazadas seleccionadas por nivel de instrucción (en porcentajes).



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

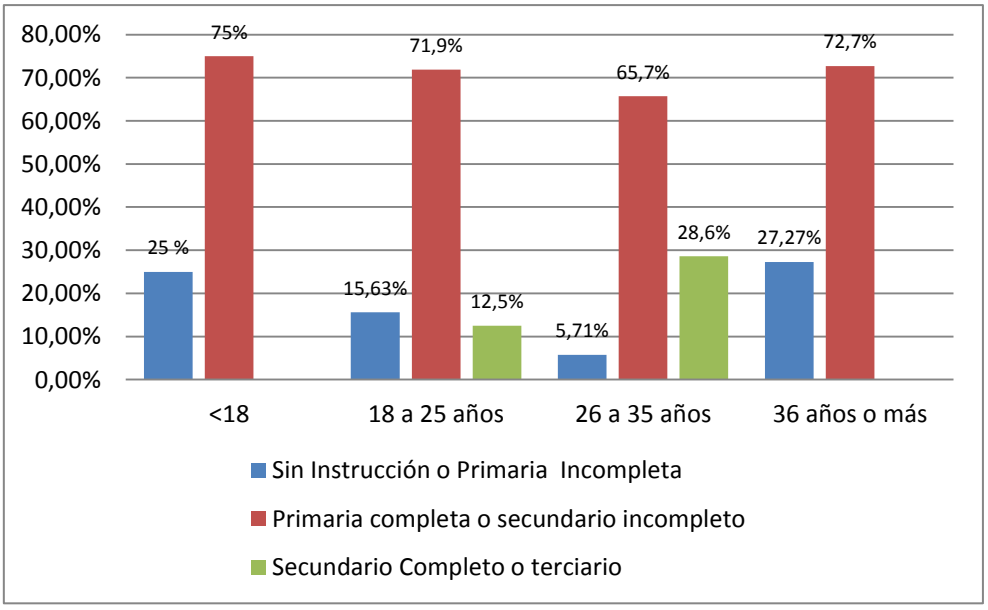
El nivel de instrucción de las mujeres embarazadas indica que en un 69.5% poseen certificación de estudios primarios completos o secundario incompleto. Sin embargo es llamativo encontrar valores superiores al 10% de baja o nula escolarización.

Tabla 3: Mujeres embarazadas según grupo de edad por nivel de instrucción

Grupo de edades	Sin Instrucción o Primaria Incompleta		Primaria completa o secundario incompleto		Secundario Completo o terciario		Total	
	Fi	%	Fi	%	fi	%		
Menores a 18 años	1	25%	3	75%	0	0%	4	100%
18 a 25 años	5	15,63%	23	71,9%	4	12,5%	32	100%
26 a 35 años	2	5,71%	23	65,7%	10	28,6%	35	100%
36 años o más	3	27,27%	8	72,7%	0	0%	11	100%
Total general	11	13,41%	57	69,5%	14	17,1%	82	100%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

Figura 3: Distribución de mujeres embarazadas por edades según nivel de instrucción (en porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

Con respecto a las *mujeres embarazadas menores de 18 años*, se observa un solo caso (25%) sin instrucción o primaria incompleta, mientras que el resto de este segmento etario (75%) presenta niveles educativos inferiores a secundario completo.

En tanto las mujeres entre *18 y 25 años*, el 72% de las mismas cuenta con niveles educativos menores a secundario completo, mientras que 12, 5% de ellas cuentan con los niveles educativos más altos.

Por otro lado, para el grupo de *mujeres de 26 a 35 años*, podemos mencionar que más del 65% tiene primaria completa o secundario incompleto, mientras que el 28, 6% cuenta con los mayores niveles educativos (28,6%) con secundario completo o terciario.

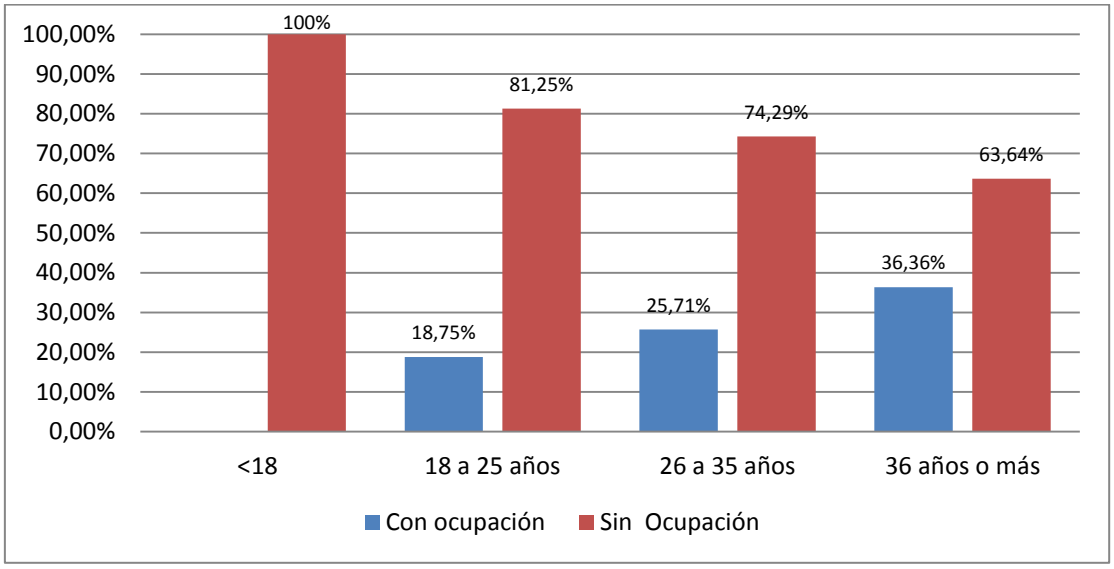
En relación al grupos de mujeres *mayores de 36 años*, alrededor del 73% posee primaria completa o secundario incompleto. No se encuentra en este segmento etario mujeres con secundario completo o terciario.

Tabla 4: Mujeres embarazadas según grupo de edad por ocupación

Grupo de edades	Ocupación				Total	
	Sí		No			
	fi	%	fi	%	fi	%
Menos de 18 años	0	0 %	4	100 %	4	100 %
18 a 25 años	6	18,75%	26	81,25%	32	100%
26 a 35 años	9	25,71%	26	74,29%	35	100%
36 años o más	4	36,36%	7	63,64%	11	100%
Total general	19	23,17%	63	76,83%	82	100%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012

Figura 4: Mujeres embarazadas según grupo de edad por ocupación



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

El 76, 8 % del total de mujeres menciona no contar con ninguna ocupación. Con respecto a la *ocupación por grupos de edades*, podemos mencionar que la totalidad de mujeres *menores de 18 años* no realiza ninguna ocupación. Esta proporción desciende en la medida que aumenta la edad.

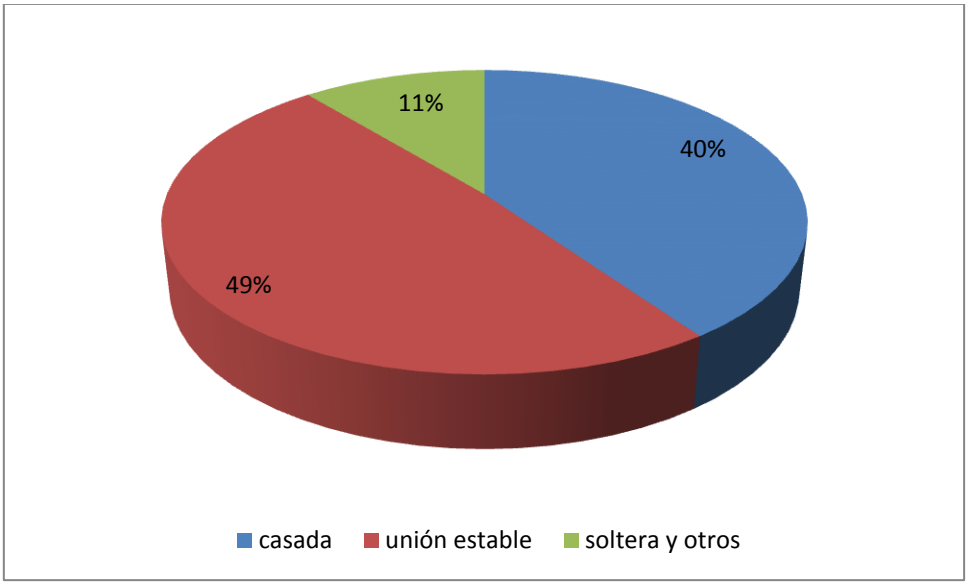
En tanto las diferencias por grupo etario indican que dicha proporción se incrementa para el grupo de mujeres *entre 18 y 25 años*, dentro del mismo alrededor del 82% de las embarazadas no registran una ocupación. Mientras que para el grupo de *36 años o más* dicha tendencia disminuye siendo que un 63.6% las mujeres no cuentan con empleo. Sin embargo, este segmento es el que presenta mayores niveles de ocupación (36, 36%) de todos los grupos etarios. En términos generales, podemos señalar que casi tres cuartos de las mujeres no poseen trabajo al momento de cursar sus embarazos.

Tabla 5: Mujeres embarazadas según estado civil materno

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Casada	33	40,2%	40,2
Unión estable	40	48,8%	89,0
Soltera y otros	9	11%	100,0
Total	82	100%	

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

Figura 5: Mujeres embarazadas según estado civil materno



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012

La distribución según la situación civil de las mujeres embarazadas indica que mayoritariamente (89%) cursan el periodo gestacional con la presencia de un cónyuge. En tanto, el 11% restante se encuentra soltera o sin manifestar la compañía de una pareja. El total de ellas (9 casos) son menores de 25 años, tres de ellas tienen nivel de instrucción inferior a primaria completa, expresándose como el grupo con mayor vulnerabilidad

Indicadores según presencia o no de asignación por embarazo.

A continuación daremos cuenta de los principales indicadores según la presencia o no del beneficio social. Dichos indicadores (edad gestacional en la primera consulta, número total de controles, consejerías, realización de ecografías y laboratorios, vacunación de la madre y el niño, exámenes odontológicos y Papanicolau) responden a los requerimientos del Plan Nacer-Sumar.

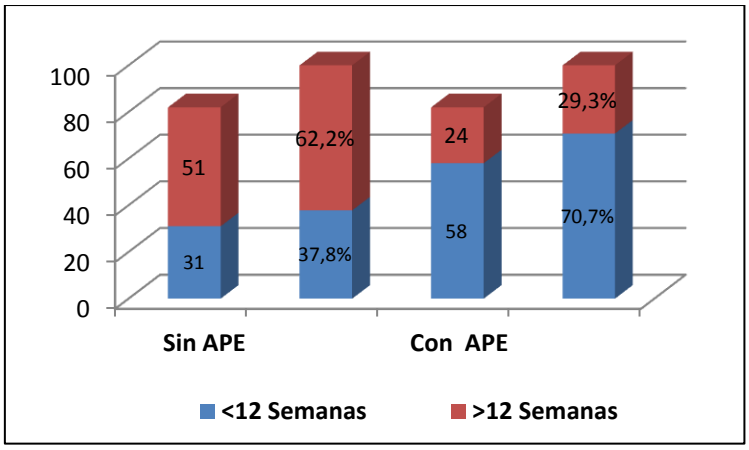
EDAD GESTACIONAL PRIMERA CONSULTA

Tabla 6: Distribución de embarazadas sin Asignación por embarazo para protección social (sin APE) y con APE según edad gestacional de primera consulta (Mayor o menor a 12 semanas).

Edad gestacional 1era consulta	Sin APE		Con APE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor a 12 semanas	31	37,8%	58	70,73%
Mayor a 12 semanas	51	62,2%	24	29,27%
Total	82	100%	82	100%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012

Figura 6: Distribución de embarazadas sin Asignación por embarazo para protección social (sin APE) y con APE según edad gestacional de primera consulta (Mayor o menor a 12 semanas).



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012

Con respecto *realización del primer control prenatal según la edad gestacional*, podemos mencionar que el 62,2% de las mujeres en su embarazo *sin APE* efectuaron su control con posterioridad a las 12 semanas de gestación; en tanto el 37,8% restante realizó su control con anterioridad a las 12 semanas. Dicha tendencia se revierte con la presencia de la APE, dado que el 70,7% efectivamente llevó a cabo dicha consulta precoz, en tanto el 29,3% lo realizó con ulterioridad a las 12 semanas de gestación. Estos datos nos permiten preliminarmente afirmar que la percepción de la Asignación mejora sustancialmente los indicadores de controles precoces durante el embarazo.

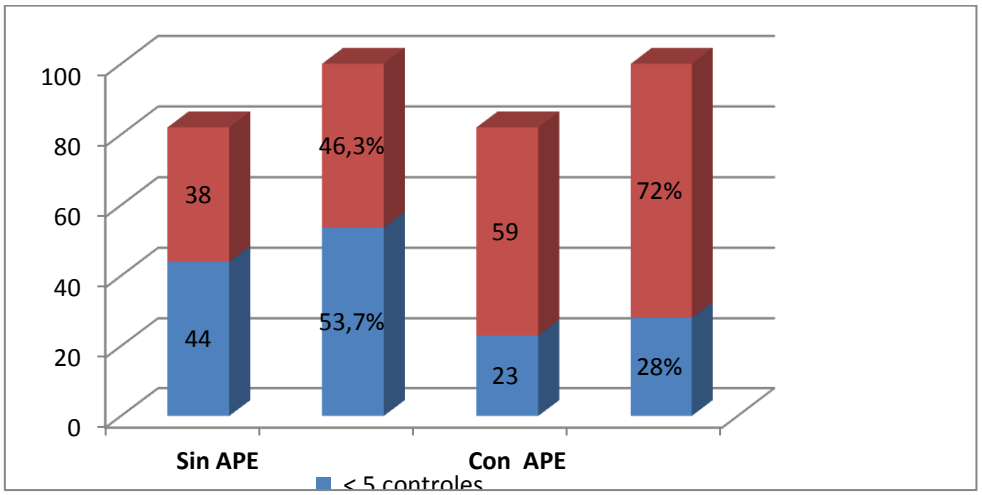
NÚMERO TOTAL DE CONTROLES PRENATALES

Tabla 7: Distribución de embarazadas Sin APE y con APE según número total de controles prenatales (menor, o mayor o igual a 5 controles).

Número de controles prenatales	Sin APE		Con APE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 5 controles	44	53,7%	23	28%
5 o más controles	38	46,3%	59	72%
Total	82	100%	82	100%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

Figura 7: Distribución de embarazadas Sin APE y con APE según número total de controles prenatales (menor, o mayor o igual a 5 controles)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

Si observamos el comportamiento de las mujeres embarazadas sin percepción de la APE, podemos identificar que el 53,7% de las mismas realizó *menos de 5 controles* prenatales, mientras que el 46,3% efectuó 5 o más de ellos.

Esta situación se revierte fuertemente con la *presencia de la APE*, dado que el 72% de las destinarias llevó a cabo 5 o más controles. Por lo cual, aquellos casos que realizaron menos de 5 disminuye, alcanzando un 28%. Es decir, podemos indicar que la percepción de la asignación por embarazo posibilitó un incremento en el número total de controles prenatales.

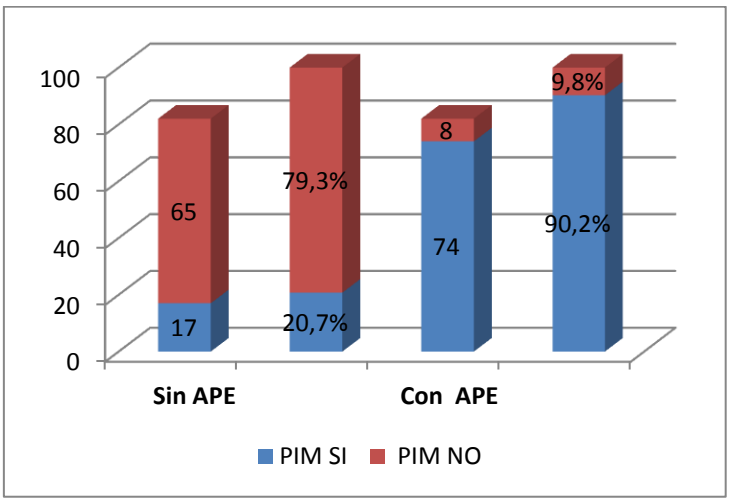
CONSEJERÍA: PREPARACIÓN INTEGRAL MATERNIDAD

Tabla 8: Distribución de embarazadas Sin APE y con APE según haya recibido o no Preparación integral para la maternidad (PIM)

Recepción de consejería	Sin APE		Con APE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
PIM SI	17	20,7%	74	90,2%
PIM NO	65	79,3%	8	9,8%
Total	82	100%	82	100%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

Figura 8: Distribución de embarazadas Sin APE y con APE según haya recibido o no Preparación integral para la maternidad (PIM)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

En relación a la evolución con respecto a *recepción de consejería para la Preparación integral para la maternidad*, es posible señalar que la percepción del beneficio revierte de manera fundamental los indicadores. Es decir, de un casi 80% de mujeres sin APE que no recibió consejería contrasta con el 90, 2% de las mujeres con APE que contó con dicha asesoría.

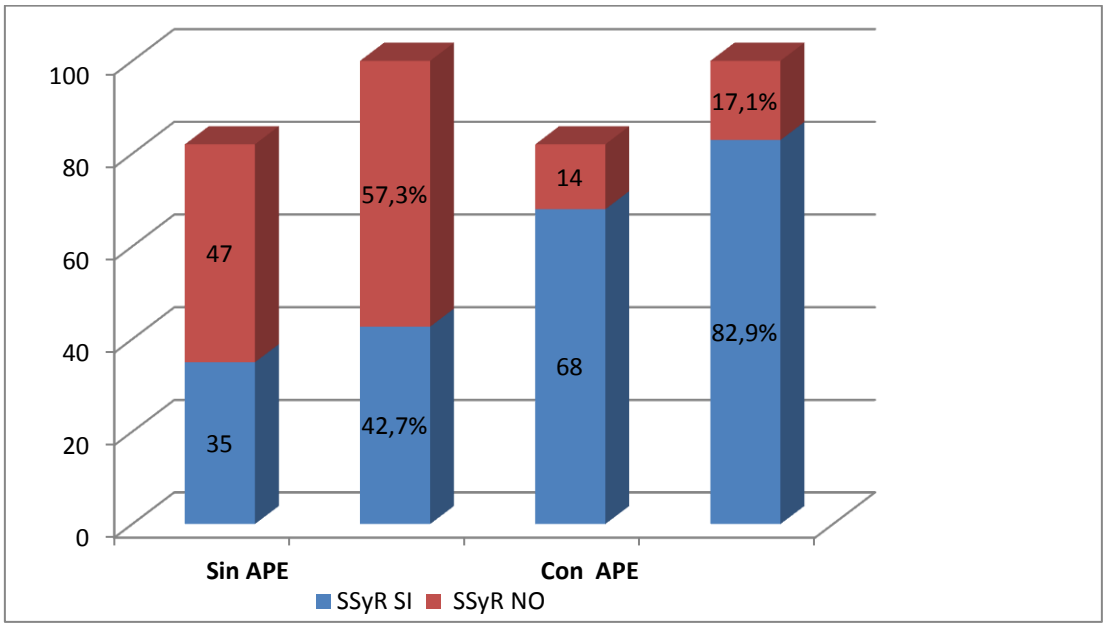
CONSEJERÍA: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Tabla 9: Distribución de embarazadas Sin APE y con APE según haya recibido o no información sobre salud sexual y reproductiva (SSyR).

Recepción de consejería	Sin APE		Con APE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
SSyR SI	35	42,7%	68	82,9%
SSyR NO	47	57,3%	14	17,1%
Total	82	100%	82	100%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

Figura 9: Distribución de embarazadas Sin APE y con APE según haya recibido o no información sobre salud sexual y reproductiva (SSyR)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

En la misma línea de lo mencionado previamente, se puede observar que la presencia del beneficio modifica favorablemente el acceso a la *información sobre salud sexual y reproductiva.* De 42,7% que contaron con dicha consejería sin APE, esta situación se modifica sustancialmente con APE, alcanzando valores cercanos al 83% de la totalidad de las mujeres bajo estudio.

ECOGRAFÍAS

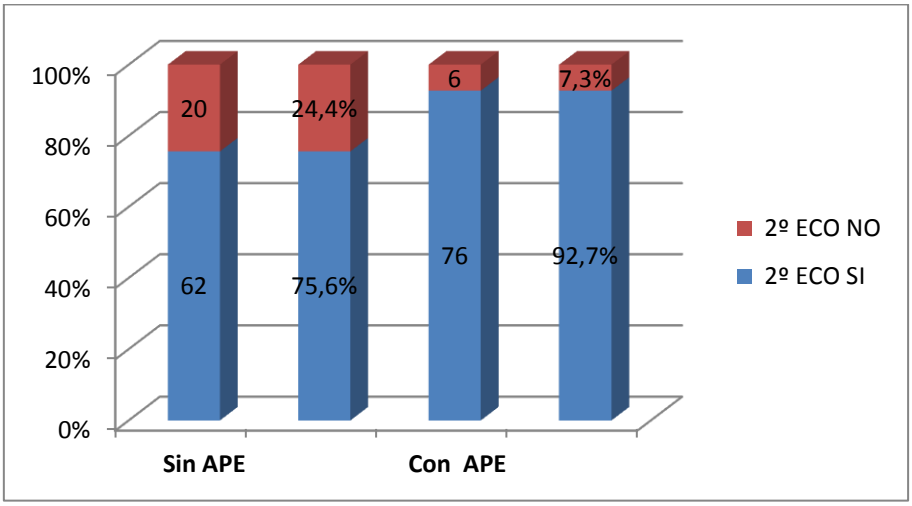
Con respecto a la *realización de primera ecografía*, podemos mencionar que en su totalidad las mujeres efectúan este estudio, ya sea sin asignación o con ella. Se registró un solo caso sin APE que no lo hizo. En tanto, el 100% de los casos con APE realizó su primera ecografía.

Tabla 10: Distribución de embarazadas sin APE y con APE según realización o no de segunda ecografía

	Sin APE		Con APE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
2º ECO SI	62	75,6%	76	92,7%
2º ECO NO	20	24,4%	6	7,3%
Total	82	100	82	100

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

Figura 10: Distribución de embarazadas sin APE y con APE según realización o no de segunda ecografía



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

En líneas generales, podemos señalar que las mujeres realizaron una segunda ecografía, en un 75,6% sin la percepción del beneficio. Este dato presenta una mejoría, alcanzando alrededor de un 93% de los casos de las mujeres con APE.

REALIZACIÓN DE EXAMEN DE LABORATORIO DE RUTINA

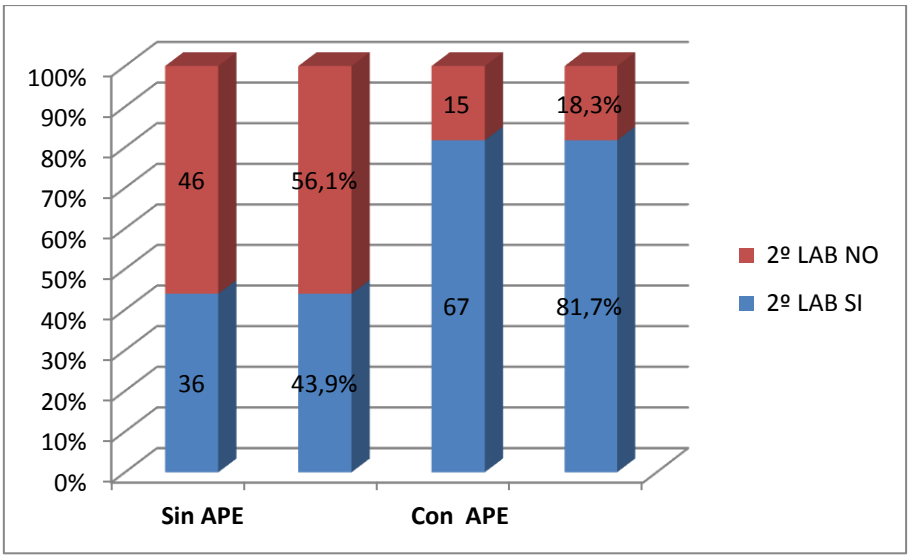
Con respecto al *primer examen de laboratorio*, prácticamente la totalidad de las mujeres realizaron dicho estudio de rutina sin la percepción del beneficio. Se registró un solo caso que no lo efectúo. En tanto, el 100% de las mujeres realizó este examen con la percepción de APE.

Tabla 11: Distribución de embarazadas Sin APE y con APE según realización o no de segundo examen de laboratorio.

Realización 2do examen	Sin APE		Con APE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
2º LAB SI	36	43,9%	67	81,7%
2º LAB NO	46	56,1%	15	18,3%
Total	82	100%	82	100%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

Figura 11: Distribución de embarazadas Sin APE y con APE según realización o no de segundo examen de laboratorio.



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

El análisis de los casos según hayan realizado un *segundo examen de laboratorio* evidencia un mejoramiento, si se compara el comportamiento con o sin presencia del beneficio. Se observa que en los embarazos que no contaron con APE, menos de la mitad (43,9%) realizó dicho examen. En tanto, esta tendencia se modifica para los casos con APE, mayoritariamente las mujeres (81, 7%) llevaron a cabo este control de rutina.

VACUNACIÓN

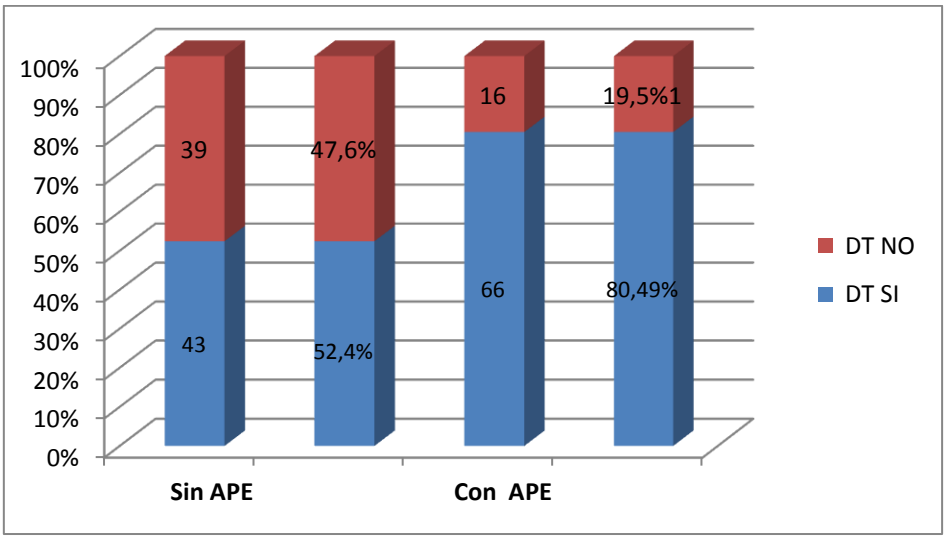
Con respecto a *la vacunación antigripal*, el total de los casos sin APE no realizó dicha vacunación. En tanto la tendencia se revierte completamente con APE, ya que salvo un caso, todas las mujeres se vacunaron.

Tabla 12: Distribución de embarazadas sin APE y con APE según hayan o no recibido vacunación DT

Vacunación	Sin APE		Con APE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
DT SI	43	52,4%	66	80,49%
DT NO	39	47,6%	16	19,51%
Total	82	100%	82	100%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

Figura 12: Distribución de embarazadas sin APE y con APE según hayan o no recibido vacunación DT



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

Con respecto a la *recepción de vacunación DT*, podemos señalar que el 52,4% de los casos sin APE recibieron esta vacunación. En tanto, los casos con APE presentan una tendencia favorable hacia la vacunación, superando el 80% de los mismos.

RECIÉN NACIDO

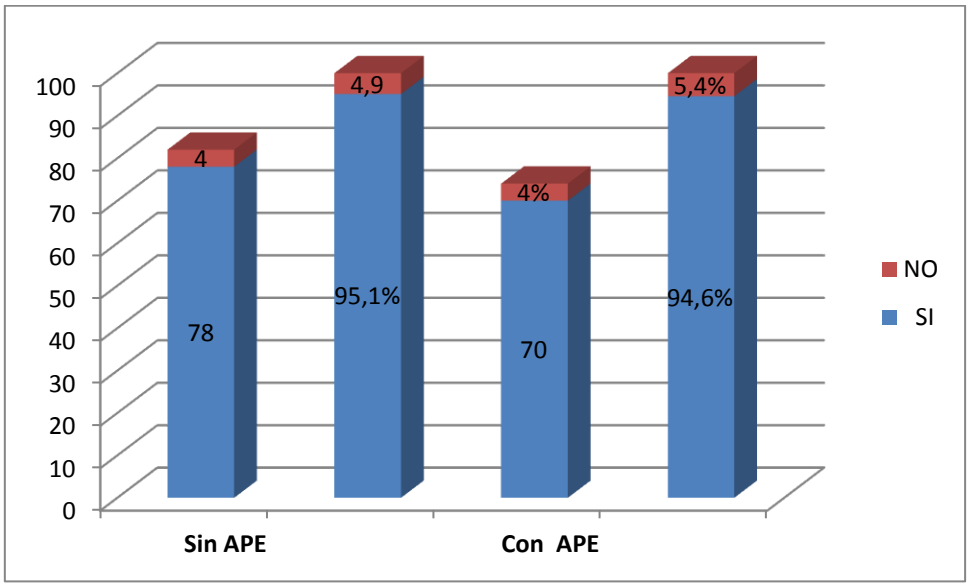
Tabla 13: Distribución de embarazadas sin APE y con APE según hayan o no recibido vacunación el recién nacido

Vacunación Recién nacido	Sin APE		Con APE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
SI	78	95,1%	70	94,59%
NO	4	4,9%	4	5,41%
Total	82	100%	74*	100%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

*Se encontraron 8 registros sin datos.

Figura 13: Distribución de embarazadas sin APE y con APE según hayan o no recibido vacunación el recién nacido



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

Con respecto a la *vacunación del recién nacido*, no se observan grandes diferencias entre el comportamiento con asignación o sin ella, en ambos embarazos se observa valores cercanos al 95% de vacunación.

EXAMEN ODONTOLÓGICO

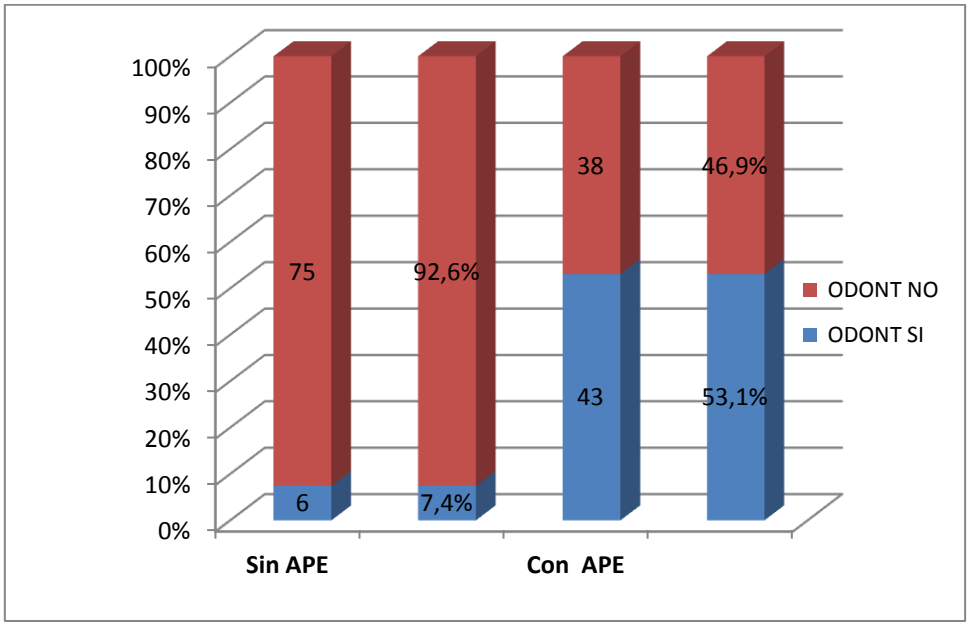
Tabla 14: Distribución de embarazadas sin APE y con APE según realización o no de examen odontológico

Realización de examen odontológico	Sin APE		Con APE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
ODONT SI	6	7,4%	43	53,1%
ODONT NO	75	92,6%	38	46,9%
Total	81	100%	81*	100%

*Un caso sin dato

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012

Figura 14: Distribución de embarazadas sin APE y con APE según realización o no de examen odontológico



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

En relación a la *consulta odontológica*, es posible mencionar que mayoritariamente las mujeres sin APE (92,6%) no realizaron dicho examen. En contraposición con ello, se observa un aumento en las consultas con la percepción de la APE, más de la mitad de las mujeres (53, 1%) asistió a la consulta.

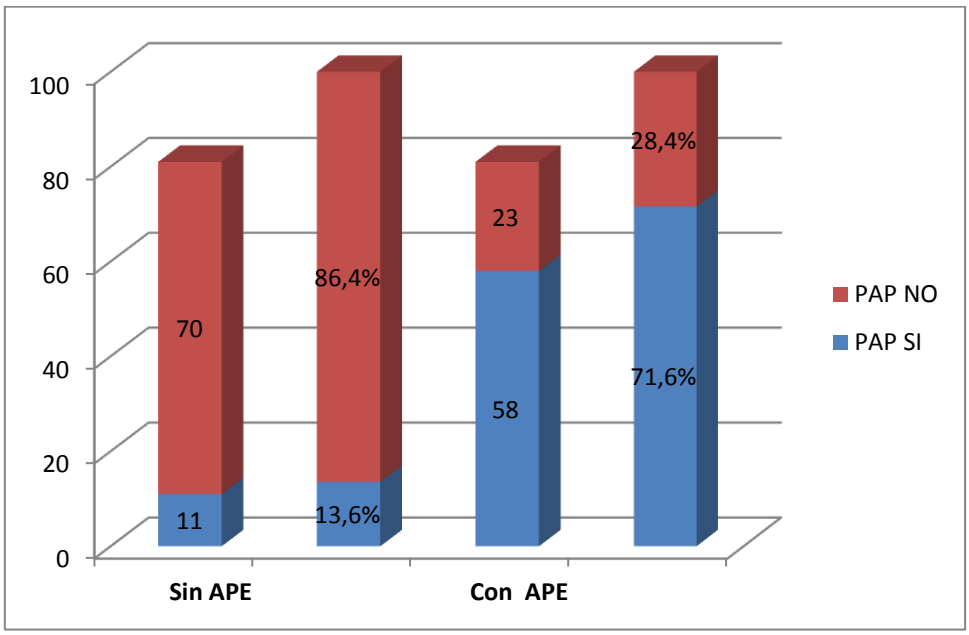
EXAMEN PAPANICOLAOU

Tabla 15: Distribución de embarazadas sin APE y con APE según realización o no de examen Papanicolaou (PAP)

Realización de PAP	Sin APE		Con APE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
PAP SI	11	13,6%	58	71,6%
PAP NO	70	86,4%	23	28,4%
Total	81	100%	81	100%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

Figura 15: Distribución de embarazadas sin APE y con APE según realización o no de examen Papanicolaou (PAP).



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

Si analizamos la *realización de examen Papanicolaou*, podemos identificar un importante incremento entre aquellos casos sin APE y con APE. En la primera situación, sólo el 13, 6% de las mujeres efectuó este examen, en tanto en el segundo caso, se muestran valores superiores al 70%.

EVOLUCIÓN INDICADORES CON Y SIN APE

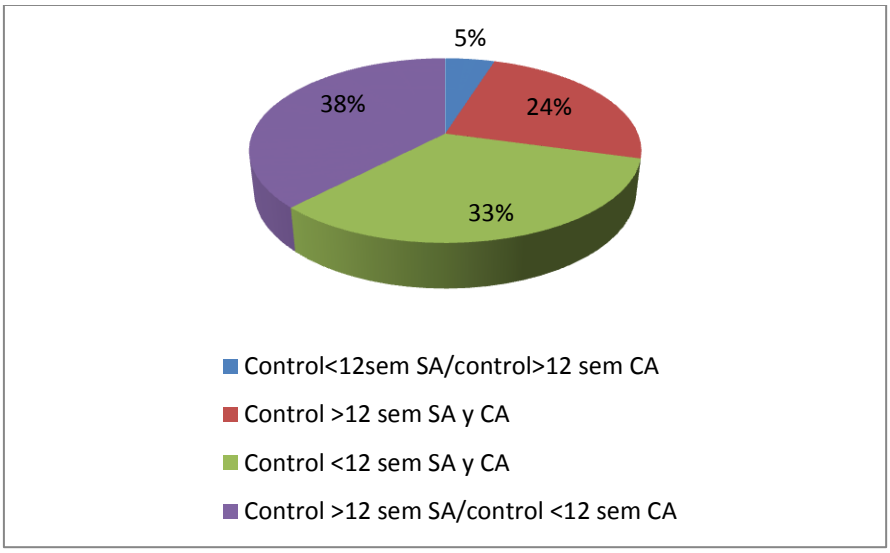
La evolución de los indicadores sin APE y con APE implica analizar el comportamiento de una misma mujer en relación a la percepción o no de la asignación. Es decir, se realiza una comparación para determinar los cambios de conductas en los diferentes indicadores bajo estudio. Vale aclarar que se refiere a una mujer que ha cursado un embarazo previo sin la asignación y un embarazo posterior con el beneficio.

Tabla 16: Comparación indicadores fecha de primer control prenatal según edad gestacional.

Relación Fecha de primer control prenatal según edad gestacional Sin APE y con APE	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Control<12sem SA/control>12 sem CA	4	4,9%	4,9
Control >12 sem SA y CA	20	24,4%	29,3
Control <12 sem SA y CA	27	32,9%	62,2
Control >12 sem SA/control <12 sem CA	31	37,8%	100,0
Total	82	100%	

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

Figura 16: Relación Fecha de primer control prenatal según edad gestacional Sin APE y con APE



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

De este modo, se puede señalar que alrededor de un 5% de los casos, contrariamente a lo esperado, realizó un control precoz en una gestación sin asignación y un primer control tardío con el beneficio. Es decir, este dato señala un desmejoramiento, con respecto a los propósitos del programa. En tanto, se observa un 24, 4% de los casos que, con y sin APE, realizaron sus controles con posterioridad a las 12 semanas. Este sería un núcleo de mujeres a las que habría que prestar especial atención, dado que son aquellas que no modificaron sus comportamientos de "riesgo", es decir, realizan una consulta tardía impidiendo llevar a cabo acciones de promoción y prevención propios de la consulta precoz.

Por otro lado, existe un grupo de mujeres cercano al 33% que realizó igualmente la primera consulta de manera temprana.

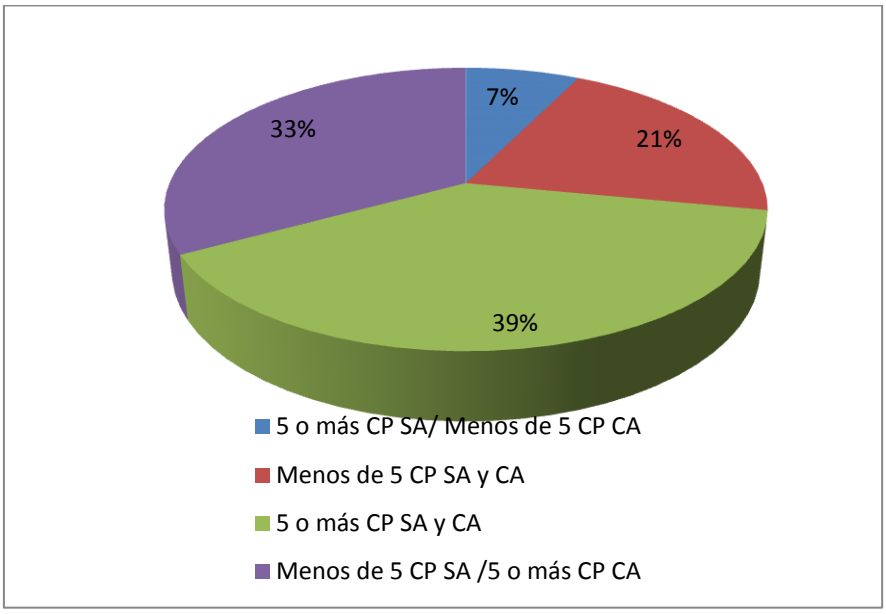
Sin embargo, un grupo a destacar –dados los objetivos de nuestra tesis – corresponde a aquellas mujeres que efectivamente modificaron sus comportamientos. Un 37,8% de los casos, en su primer embarazo no realizó control precoz y modificó dicha conducta con la presencia de la APE.

Tabla 17: Relación cantidad de controles prenatales (menor o mayor e igual a 5) Sin APE y con APE

Relación Nro. total control prenatal SA y CA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
5 o más CP SA/ Menos de 5 CP CA	6	7,3%	7,3
Menos de 5 CP SA y CA	17	20,7%	28,0
5 o más CP SA y CA	32	39%	67,1
Menos de 5 CP SA /5 o más CP CA	27	32,9%	100
Total	82	100%	

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

Figura 17: Relación cantidad de controles prenatales (menor o mayor e igual a 5) Sin APE y con APE



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

Con respecto al comportamiento de la cantidad de controles prenatales, podemos señalar en comparación, que un 7,3% presentaría un desmejoramiento, dado que en un primer embarazo (sin APE) realizaron más de 5 controles y luego (con APE) menos de ese número.

Por otro lado, se observa que un grupo (20, 7%) mantuvo el comportamiento por debajo de los 5 controles prenatales con y sin APE. Asimismo se evidencia que un 39% realizó las consultas de igual manera ante la presencia o no de la asignación. Es decir, este grupo muestra un comportamiento de autocuidado de su salud y del hijo por nacer.

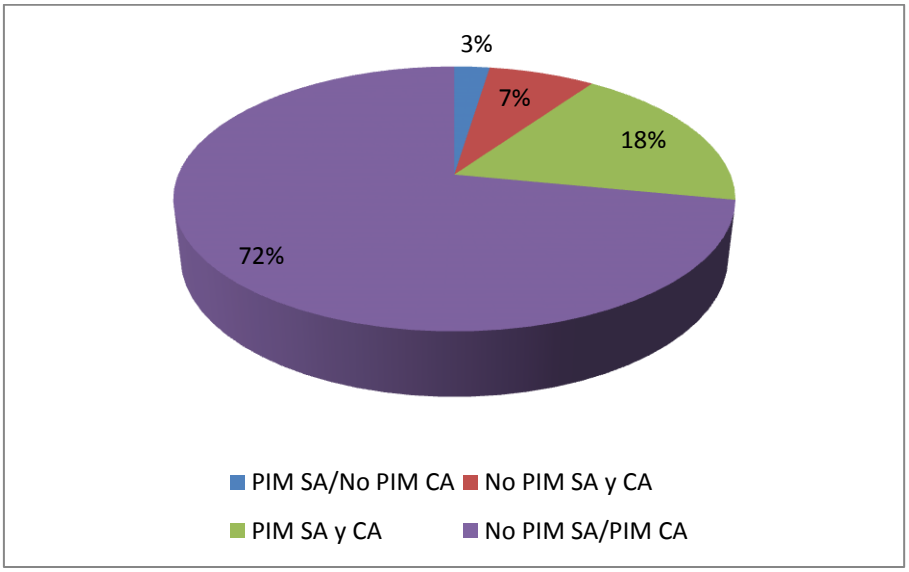
Y por último, el grupo que revierte dicho comportamiento, es decir, en una tendencia de mejoría, alcanza un 33%.

Tabla 18: Comparación indicadores preparación integral para la maternidad (PIM).

Relación Preparación integral para la maternidad SA y CA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sí PIM SA/No PIM CA	2	2,4%	2,4
No PIM SA y No CA	6	7,3%	9,8
Sí PIM SA y Sí CA	15	18,3%	28,0
No PIM SA/ Sí PIM CA	59	72%	100,0
Total	82	100%	

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

Figura 18: Relación Preparación integral para la maternidad con APE y SIN APE



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

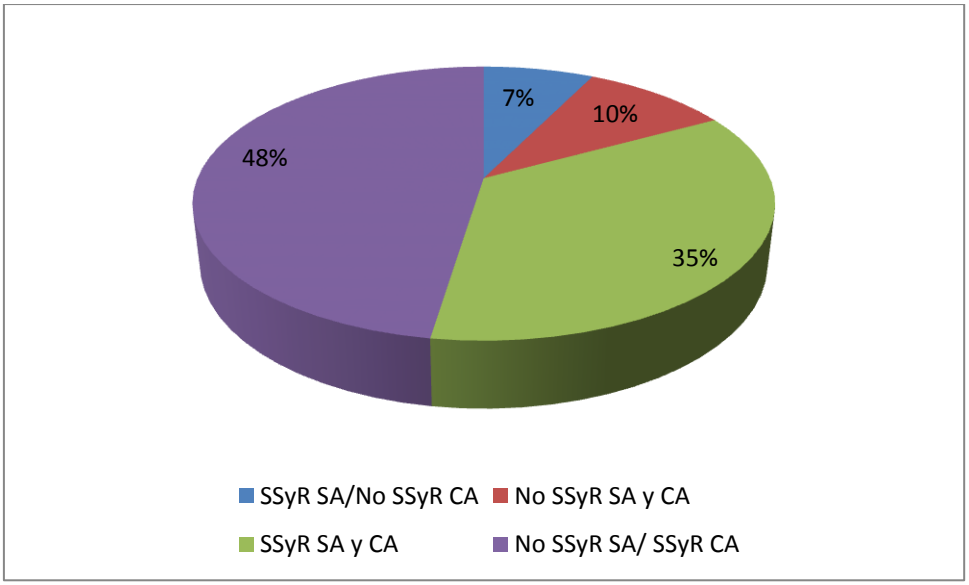
Con respecto a la *recepción de preparación integral para la maternidad*, es posible indicar que efectivamente la presencia del subsidio ha impactado favorablemente. El 72% de los casos muestra un cambio en su comportamiento tras la percepción del beneficio. No obstante, estos datos no reflejan necesariamente la complejidad y calidad de la prestación (PIM).

Tabla 19: Comparación indicadores información salud reproductiva y sexual

Relación Información Salud Reproductiva y Sexual SA y CA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sí SSyR SA/No SSyR CA	6	7,3%	7,3
No SSyR SA y No CA	8	9,8%	17,1
Sí SSyR SA y Si CA	29	35,4%	52,4
No SSyR SA/ Sí SSyR CA	39	47,6%	100,0
Total	82	100%	

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012

Figura 19: Relación Información Salud Reproductiva y Sexual con APE y sin APE



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

Si analizamos el comportamiento comparativo vinculado a la asesoría sobre salud sexual y reproductiva, es posible identificar que un 7,3% de los casos presentó una evolución desfavorable, dado que durante el embarazo sin APE recibió esta información y luego con APE no siguió esta línea. Una de las razones que puede explicar este dato es la falta de la prestación por parte del profesional correspondiente o carencia de programas referidos al tema.

Un casi 10% en ninguna de las dos oportunidades (Sin y con APE) obtuvo dicha información. Mientras que un 35% de los casos en ambas instancias accedió a la misma. Y por último, es importante mencionar que un 47,6% de los casos, efectivamente modificó esta situación. Es decir, se evidencia una transformación en el acceso a la información con la percepción del beneficio social.

Ecografías (primera y segunda): no presentamos comparación entre dichos indicadores, dado que no se presentan variaciones en el comportamiento con APE o sin APE. Por lo cual, se puede reflexionar que este tipo de estudio se encuentra entre las prácticas recurrentes que llevan a cabo las mujeres, independientemente de la percepción de un beneficio social.

COMPARACIÓN INDICADORES LABORATORIO

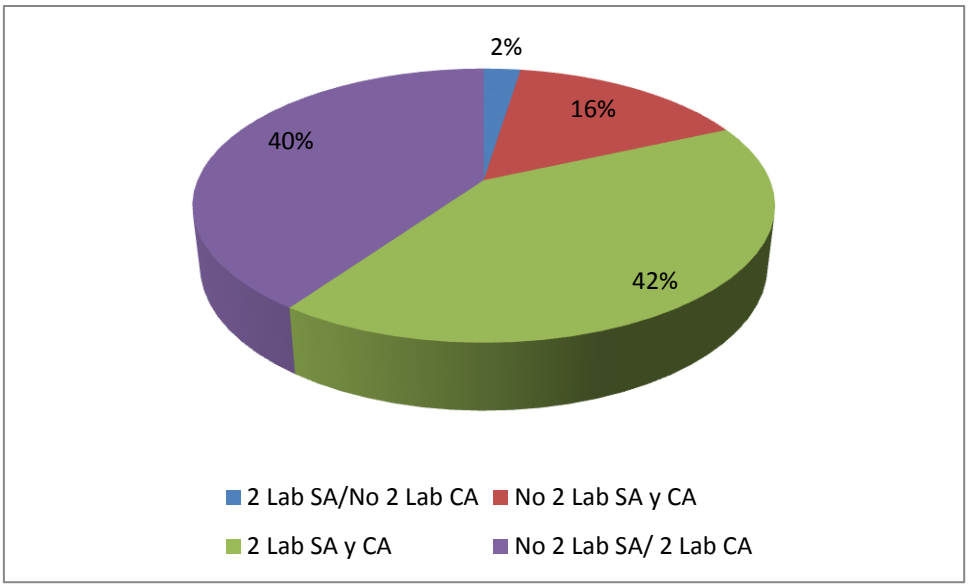
Con respecto al *primer examen de laboratorio*, como mencionamos con anterioridad, este indicador no presenta variaciones entre los casos con o sin asignación, dado que la totalidad de mujeres realizan este estudio.

Tabla 20: Relación Realización de segundo examen de laboratorio de rutina sin APE y con APE

Relación Realización de 2do examen de laboratorio de rutina SA y CA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sí 2 Lab SA/No 2 Lab CA	2	2,4%	2,4
No 2 Lab SA y No CA	13	15,9%	18,3
Sí 2 Lab SA y CA	34	41,5%	59,8
No 2 Lab SA/ Sí 2 Lab CA	33	40,2%	100,0
Total	82	100%	

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

Figura 20: Relación Realización de segundo examen de laboratorio de rutina sin APE y con APE



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

La comparación sobre *la realización de segundo examen de laboratorio* muestra que sólo un 2,4% presenta un empeoramiento en los indicadores, es decir, realizaron el estudio sin APE y luego con el beneficio no lo efectuaron. Casi un 16% de los casos – con y sin APE, no practicó este examen. En tanto, quienes en ambas oportunidades lo realizaron alcanza el 41,5%. Por otro lado, el 40, 2% de los casos presenta una mejoría, ya que en el anterior embarazo no lo realizaron y con la presencia del subsidio efectivamente realizaron este control.

COMPARACIÓN INDICADORES VACUNACIÓN

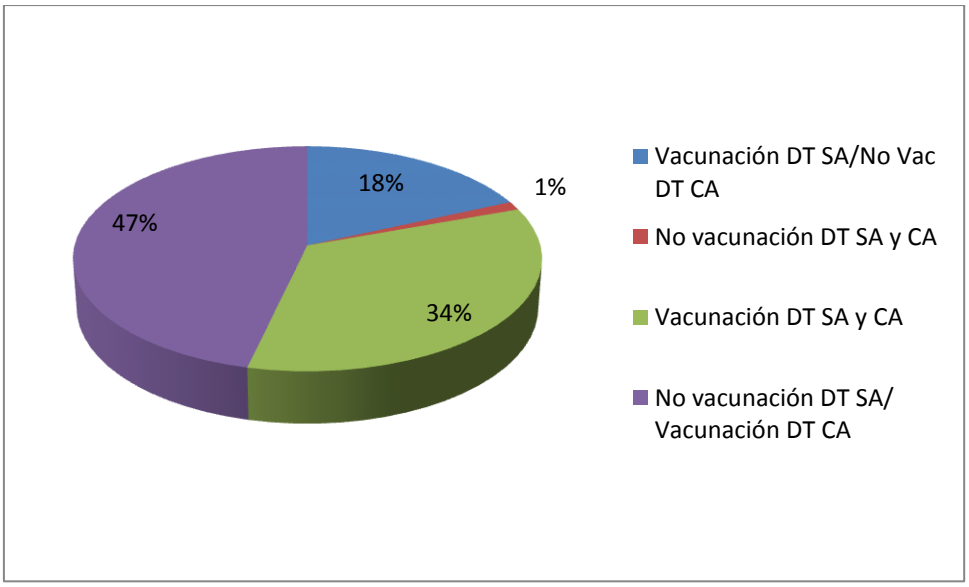
Con respecto a *la vacunación antigripal*, tal como señalamos previamente, casi la totalidad de las mujeres (salvo un caso) revirtieron estos indicadores, es decir, de no aplicarse vacunación sin APE, con este último beneficio cumplimentaron esta vacunación. Se explica esto debido a la aparición de la gripe A acompañada de una fuerte campaña de vacunación con buenos resultados de cobertura.

Tabla 21: Relación Vacunación DT sin APE y con APE

Relación Vacunación DT SA y CA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sí Vacunación DT SA/No Vac DT CA	15	18,3%	18,3
No vacunación DT SA y CA	1	1,2%	19,5
Sí Vacunación DT SA y CA	28	34,1%	53,7
No vacunación DT SA/Sí Vacunación DT CA	38	46,3%	100,0
Total	82	100%	

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

Figura 21: Relación Vacunación DT sin APE y con APE



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

La descripción del comportamiento en las conductas de vacunación DT indica en un 18,3% un empeoramiento entre la ausencia y presencia de APE. Sólo un 1,2 mantuvo el comportamiento de no vacunación en ambos casos. El 34, 1% muestra que se vacunaron con y sin APE. Mientras que el 46,3% de los casos expresa que hubo una mejoría merced al beneficio.

Con respecto a la *vacunación del recién nacido*, como señalamos con anterioridad, no se han observado diferencias significativas con y sin APE, ya que mayoritariamente los

recién nacidos fueron vacunados. En las mayorías de las maternidades, la vacunación del neonato es condición para el alta médica.

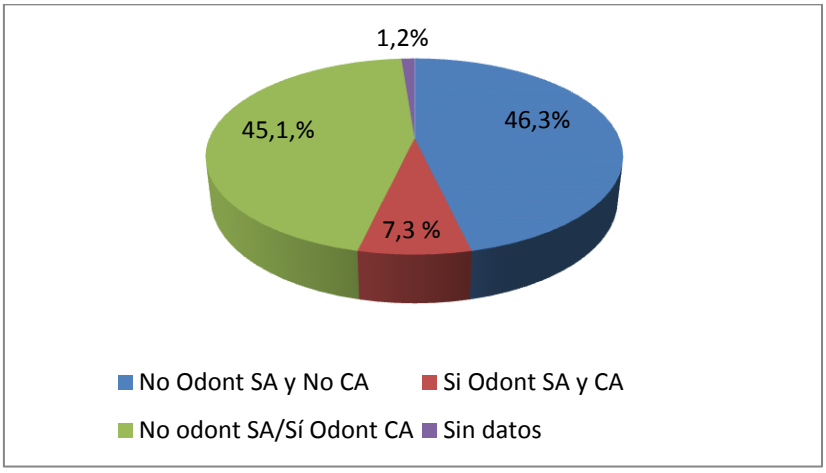
COMPARACIÓN INDICADORES EXAMEN ODONTOLÓGICO

Tabla 22: Relación Examen Odontológico sin APE y con APE

Relación Examen Odontológico SA y CA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sí Odont SA y No odont CA	0	0%	0
No Odont SA y No odont CA	38	46,3%	46,3
Sí Odont SA y Sí CA	6	7,3%	53,7
No odont SA/ Sí Odont CA	37	45,1%	98,8
Sin datos	1	1,2%	100,0
Total	82	100%	

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

Figura 22: Relación Examen Odontológico sin APE y con APE



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

El análisis acerca de *la realización de examen odontológico* muestra que en ninguno de los casos se observa un empeoramiento en este indicador. No obstante, se mantiene en niveles elevados (46,3% de los casos) la no realización del mismo con y sin APE. Un 7, 3 % efectuó la consulta en ambos embarazos. Y se evidencia una mejoría en un 45,1% de los casos que modificó dicha conducta con la percepción del beneficio. En parte esta

variación podría deberse a la incorporación de profesionales odontólogos en los Centros de Salud.

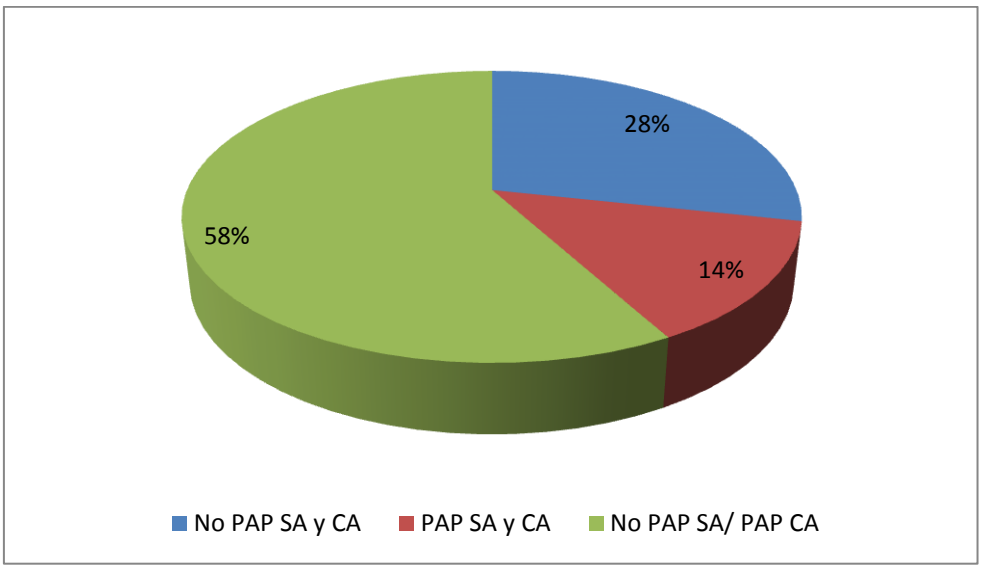
COMPARACIÓN INDICADORES EXAMEN PAPANICOLAOU

Tabla 23: Relación Examen Papanicolaou sin APE y con APE

Relación Examen Papanicolaou SA y CA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sí PAP SA/No PAP CA	0	0%	0
No PAP SA y NO CA	23	28,4%	28,4
Sí PAP SA y Sí CA	11	13,6%	42,0
No PAP SA/ Sí PAP CA	47	58%	100,0
Total	81	100%	

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

Figura 23: Relación Examen Papanicolaou sin APE y con APE



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historia clínica perinatal base del Cs Nº 34 y Hospital A. Metraux, Mendoza, 2012.

Con respecto a la *realización de Papanicolaou*, en ningún caso se registró un empeoramiento de los indicadores. Sin embargo, se mantiene un 28, 4% de los casos que no realizaron este examen en ninguno de los embarazos. Un 13, 6% lo efectuaron con y sin la percepción de la asignación. En tanto, se observa una importa mejoría en los indicadores, dado que un 58% realizó PAP en el embarazo en el cual percibió el cobro del beneficio.

Conclusiones y sugerencias

La existencia, dentro de las políticas públicas, de conceptos como “protección social” da una clara idea que algún sector de la sociedad necesita ser protegida. Dicho de otro modo, un sector de la población carece de algún derecho humano, sea vivienda, alimento, abrigo, acceso a educación o a salud. El tema puntual del presente trabajo, la Asignación por embarazo para protección social, pone de manifiesto la importancia de cuidar a mujeres que no acceden a servicios de salud y a la población desde una etapa inicial de la vida, la gestación.

La Asignación por embarazo para protección social se enmarca dentro de las Transferencias Monetarias Condicionadas (TMC) que en muchos países de América Latina y África transfieren efectivo, en general a hogares pobres, con la condición de que realicen inversiones previamente pactadas, en el capital humano de sus hijos, mediante la disminución de la desigualdad relativa. Esto incluye la atención de embarazo para mejorar los indicadores perinatales.

De modo sintético y como características centrales de la población bajo estudio es posible mencionar que el grueso de las mujeres analizadas se ubica entre los 18 y 35 años, alcanzando casi el 80% de la distribución (39% de 18-25 años y 43% de 26 a 35 años). Esto indicaría un escaso peso de las mujeres menores a 18 años. Estos datos ponen en cuestionamiento cierto ‘sentido común’ acerca del incremento de embarazos en menores de 18 años motivados por la remuneración de la TMC. En nuestro análisis dicha franja etaria es la que representa menor peso en su distribución; 4,9%.

En cuanto a los niveles de instrucción, mayoritariamente poseen escolarización baja o media, alrededor de un 70% de ellas cuentan con niveles menores a secundaria completa. El dato referido a aquellas mujeres sin instrucción o primaria incompleta, asciende al 13,4%. Estos valores cobran importancia a la luz que es un indicador central –que junto a otros-marca las posiciones de vulnerabilidad de este conjunto de mujeres.

En correspondencia con los criterios necesarios de inclusión del programa seleccionado, las mujeres bajo estudio en casi un 77% no poseen ocupación.

Con respecto al estado civil de las mismas, gran parte de ellas son mujeres que cursan sus embarazos con la presencia de un cónyuge, ya sea que se encuentren casadas o mediante una unión estable.

En este sentido, podemos reflexionar que tal como apunta el programa son mujeres que presentan una batería de indicadores que las coloca en una posición de vulnerabilidad, ya sea por sus niveles de instrucción y por su escasa o débil inserción laboral en el mercado de trabajo.

Si avanzamos en el análisis global de los indicadores de control prenatal –en términos generales, según la comparación entre hayan contado o no con la percepción de la asignación por embarazo, podemos señalar las siguientes tendencias y resultados principales:

- Con respecto a la *realización del primer control prenatal según la edad gestacional*, pudimos identificar una mejoría sustancial, dado que en embarazo previo alrededor de un 38% realizó sus controles de manera precoz, es decir, con anterioridad a las 12 semanas de gestación. Esta situación contrasta favorablemente con un 70% de mujeres que realizó este control durante el embarazo en el que contó con la APE.
- La **consulta precoz** es el evento de mayor importancia en el control prenatal ya que permite planificar el mismo y detectar tempranamente los riesgos, los factores predisponentes y patologías responsables de la morbimortalidad perinatal.

- En tanto, el porcentaje de mujeres que realizó 5 o más controles prenatales con APE, evidencia una importante reversión, de un 46,3% de los casos que realizó ese número de controles sin APE, encontramos que con APE asciende a más del 70% de los casos. La continuidad y periodicidad de controles ulteriores permiten la observación de la evolución de parámetros como crecimiento ponderal, aumento de la altura uterina (manifestación clínico del crecimiento fetal), detección de enfermedades agregadas a la gestación. Este indicador aumentó significativamente ante la presencia de la APE.

- En relación a las distintas consejerías analizadas, ya sea Preparación integral para la maternidad o información sobre salud sexual y reproductiva, en ambos

casos la percepción del subsidio social modifica favorablemente sus valores. Para el primer caso (PIM) se pasa de un 20,7% sin APE a un 90,2% con la misma. Para el segundo caso (SSyR) de un 42,7% a un 83%.

- Uno de los indicadores que menores variaciones presenta se refiere a la realización de ecografías (primera y segunda). Es posible reflexionar que este estudio tiene un valor afectivo para la mujer, ya que le permite visualizar al hijo gestado y de alguna manera, verificar su bienestar. En una línea similar a esta, se encuentra la realización del primer examen de laboratorio que la totalidad de las mujeres lo efectuaron independientemente de la percepción o no del beneficio. No obstante, se observan ciertas variaciones en lo que respecta al segundo examen de laboratorio; el análisis de los casos con APE muestra una mejora, alcanzando casi un 82% de los casos.
- En cuanto a la vacunación antigripal mostró una mejoría con la percepción del beneficio, ello también encuentra explicaciones en la masiva campaña de vacunación en el período de estudio.
- En relación a la vacunación DT también, aunque en menor medida, señala un mejoramiento en sus valores. De este modo, de un 52,4% sin APE que se vacunó, encontramos más del 80% de los casos de las destinatarias de APE.
- Por otro lado, la vacunación del recién nacido no muestra significativas variaciones, cumpliendo esta aplicación mayoritariamente con APE o sin ella.

- Asimismo es importante destacar el comportamiento de otros indicadores que si bien no solicitados por los requisitos de inclusión y mantenimiento dentro del Programa Sumar, es posible en líneas generales mencionar que los mismos revelan evidentes mejorías.

- El análisis de estudios, tales como control odontológico y realización de Papanicolaou (PAP), evidencia un incremento de importancia en sus valores gracias a la percepción de la asignación. Los casos sin APE que realizaron los controles odontológicos no alcanzaban un 8%, mientras que más de la mitad de las mujeres (53,1%) lo realizó con APE. Una descripción similar se observa para el examen PAP, de un 13,6% sin APE, se observa más de un 70% con APE.

Retomando la comparación de indicadores en relación a una misma mujer en dos embarazos sucesivos, uno sin asignación y otro con la misma, podemos establecer las siguientes reflexiones:

- Por un lado, se observa *núcleo duro* de la población que a pesar de la intervención estatal no lograr mejorar sus indicadores o incluso empeoran. Con esto nos estamos refiriendo a aquellos grupos que mantuvieron un comportamiento negativo en relación a lo adecuado para un control prenatal. Por otro lado, un grupo que mantiene prácticas saludables, de autocuidado y corresponsabilidad en ambos embarazos. Y por último, un tercer grupo -de especial interés para esta tesis- que es aquel que efectivamente muestra cambios en sus indicadores ante la presencia del beneficio.

- Específicamente, alrededor de un 30% de los casos, no modifica o empeora su accionar con respecto a la primera consulta precoz y un 28% hace lo mismo en relación a la frecuencia de los controles prenatales. Por lo cual, sería importante diseñar programas específicos de promoción de la salud focalizados en la población femenina en edad reproductiva.

- En tanto aquellos grupos que efectivamente mejoraron sus comportamientos en ambos indicadores superan el 30% (37.8% y 32,9% respectivamente), lo cual nos hace pensar en un real impacto del asignación por embarazo. Estos indicadores mejoran si sumamos un grupo de mujeres que en ambos casos (sin y con asignación) han mantenido prácticas saludables.

- Por otro lado es importante destacar que las prestaciones “exámenes odontológico” y “examen Papanicolaou” encuentran en el control prenatal la oportunidad de ser realizados en una mujer sana. Si bien el primero mejoró en un más de 40% y el segundo lo hace en casi un 60%. Queda aún una población importante que no ha accedido a los mismos a pesar de la APE.

Teniendo en cuenta las conclusiones presentadas se realizan las siguientes sugerencias:

- El grupo que menos cambios presentó para todos los indicadores es el de menores de edad, por debajo de los 22 años. Es de importancia enfocar un

nuevo estudio en este grupo considerando que como criterio de inclusión las mujeres debían ser secundigestas (dos embarazos). Se desprende entonces que un 19,5 de la muestra está representada por adolescentes que tienen dos hijos/as. Las motivaciones para una nueva gestación o la asistencia a un programa de salud reproductiva podrán postularse en nuevos trabajos.

- Es necesario para futuras investigaciones, el análisis de la calidad de la primera entrevista y los controles sucesivos, ya que un aumento en el número de encuentros entre la mujer embarazada y el profesional no representa con seguridad que todas las acciones pertinentes se lleven a cabo. La ampliación del estudio a resultados perinatales (embarazos normales o patológicos, partos normales o patológicos, puerperios normales o patológicos, recién nacidos normales o patológicos, edad gestacional al momento del nacimiento, peso del recién nacido según la edad gestacional, puntuación de Apgar, acompañamiento durante toda la internación, lactancia inmediata en sala de parto, acciones que favorezcan el apego, asesoramiento en salud sexual y reproductiva) mejorará la apreciación del impacto de la APE.
- Sugerir la extensión de la APE hasta control puerperal permitirá asegurar el control de puerperio, detectar signos de alarma de depresión posparto, asesorar sobre salud reproductiva y constatar lactancia materna.
- Además, incorporar a la lista de requerimientos, la realización del PAP y control de salud bucal (ver formulario de ANSeS PS.2.67[18] en “control integral del embarazo”). La incorporación de aspectos subjetivos como la percepción de las embarazadas en relación al control prenatal y la importancia atribuida a cada aspecto del mismo, dará una nueva mirada y mayor comprensión del autocuidado y corresponsabilidad.

Dentro de las Trasferencias monetarias condicionadas, la Asignación por embarazo para protección social, tiene poca historia en nuestro país entrando en vigencia en abril del año 2011. Los análisis de impacto consultados se basan en experiencias de otros países sin encontrar modelos iguales al mencionado. Una nueva revisión, en un futuro no muy lejano, nos aportará mayor riqueza de datos y nuevos estudios comparativos.

[18] En Anexos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boletín oficial de la República Argentina. Año CXIX, Número 32.133, 1-2. Buenos Aires 2011.
2. Manual Maternidad segura y centrada en la familia UNICEF. 1º ed. 2011
3. Ordaz-Martínez, K. Y.; Rangel, R.; Hernández-Girón, C. (2010). “Factores de riesgo asociados con mortalidad materna en el estado de Morelos, México”. Ginecol. Obstet. Mexicana;78(7):357-364.
4. Partida V, García-García ML, Valdespino JL. (2007). Aumento de la sobrevida en menores de cinco años en México: la estrategia diagonal. Salud Publica Mexicana; 49 supl 1:S110-S125.
5. Naciones Unidas, Objetivos de desarrollo del milenio, Informe 2007.
6. Hadad Hadad, J. L.; Valdés Llanes, E. (2011). "La protección social en salud como enfrentamiento a una crisis económica. Revista Cubana de Salud Pública 36.3: 76-103. MedicLatina. EBSCO.
7. Dirección Nacional de salud Materno Infantil, Ministerio de Salud de la Nación (Julio 2006). “El cuidado prenatal: guía para la práctica del cuidado preconcepcional y de control prenatal”. Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 3º ed.
8. Daza, V., Jurado, W., Duarte, D. (2009). Bajo peso al nacer: exploración de algunos factores de riesgo en el hospital universitario San José en Popayán (Colombia)”. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología; Vol. 60 Issue 2, p124-134.
9. Iglesias-Benavides, Tamez-Garza, L., Reyes-Fernández, I. (2009). “Anemia y embarazo, su relación con complicaciones maternas y perinatales”. Medicina Universitaria; Vol. 11 Issue 43, p95-98.
10. Sistema informático perinatal. Historia clínica perinatal. Instrucciones de llenado y definición de términos. (Noviembre 2007). Publicación científica CLAP/SMR 1563. OPS/OMS.
11. Schwarcz, R. (2006). El cuidado prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal. Dirección nacional de Maternidad e Infancia, Argentina.
12. Uranga y otros. Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. (2007). Dirección nacional de Salud materno infantil. Argentina.

13. Preparación Integral para la maternidad. Guía para el trabajo de equipos interdisciplinarios. (2007). Dirección Nacional de maternidad e Infancia. Argentina.
14. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia de posparto. (2007). Dirección nacional de maternidad e infancia. Argentina.
15. Guía para el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión en el embarazo. (2006). Dirección nacional de maternidad e infancia. Argentina.
16. Larguía, M. Guía para trasformas maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia. (2006). Ministerio de salud de la Nación Argentina.
17. Vigilancia de la mortalidad materna. Manual operativo. (2009). Ministerio de salud de la Nación Argentina.
18. Programa nacional de fortalecimiento de la detección precoz de enfermedades congénitas. (2009). Ministerio de salud de la nación. Argentina.
19. Consejería en lactancia materna. Curso de capacitación. (2009). OPS. Ministerio de salud de la Nación. Argentina.
20. Obeyá Gilarón, E. y otros. Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría. (2009). OPS. Ministerio de salud de la Nación, Argentina.
21. Longo, E. N. Guías Alimentarias para la Población Infantil". Consideraciones para los Equipos de Salud. (2006). Ministerio de Salud de la Nación.
22. Encuesta Nacional de nutrición y salud. Documento de resultados. (2007). Presidencia de la Nación. Argentina.
23. Fiszbein, A., Schady N. Transferencias monetarias condicionas. Reduciendo la pobreza actual y futura. (2009). Banco mundial.
24. D´Elia, V.; Calabria, A.; Calero, A.; Gaiada, J. Asignación universal por hijo para protección social: una política de inclusión para los más vulnerables. (2012). Revista internacional de seguridad social. http://www.issa.int
25. Código iberoamericano de seguridad social. (2010). Organización iberoamericana de seguridad social.
26. Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal. (2010). Organización mundial de la salud.
27. De Santis, M. Equidad en el acceso, desigualdad y utilización de los servicios de salud. (2009) Revista de Economía y Estadística - Vol. XLVII - N° 1 pp 125 – 162. Instituto de Economía y Finanzas - Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Córdoba – Argentina
28. Bases de datos: http://www.ebscohost.com Publicaciones científicas arbitradas.

29. Fabio Bertranou (et al.) (2011). Encrucijadas en la seguridad social argentina: reformas, cobertura y desafíos para el sistema de pensiones. 1° ed. Buenos Aires: CEPAL y Oficina Internacional del trabajo.
30. Huntington D. El impacto de las transferencias monetarias condicionadas en los resultados de salud y el uso de servicios de salud en países de ingresos bajos y medianos: Comentario de la BSR (última revisión: 1º de mayo de 2010). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://apps.who.int/rhl/effective_practice_and_organizing_care/CD008137_huntingtond_com/es/index.html
31. Programa de las Naciones Unidas – PNUD - Innovar para incluir: jóvenes y desarrollo humano. Informe sobre desarrollo humano para Mercosur. 1° ed. - Buenos Aires: Libros del zorzal: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD (2009). Cap. 2: Logros, problemas y opciones del desarrollo humano de los jóvenes.
32. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. FAO. Roma (2004). Alimentación, agricultura y desarrollo rural. Temas actuales y emergentes para el análisis económico y la investigación de políticas. Vol. 1: América Latina y El Caribe. Pág. 80:92.
33. Oyuela-García, J., & Hernández-Herrera, R. (2010). Psicoprofilaxis e índice de cesáreas. Revista Médica Del IMSS (Instituto Mejicano de Seguro Social), 48(4), 439-442.
34. Cernadas Ramos, A. (2010). La salud y el acceso a los sistemas sanitarios públicos. Desigualdades e inequidades. España. Ed. Síntesis SA.
35. Vezza, E. Piso básico de protección social. Inclusión social con un enfoque basado en derechos. Jornada “Las relaciones laborales y el desafío de la extensión de la seguridad social. (2011). Buenos Aires, Argentina.
36. Notas OIT. Trabajo decente en la Argentina. Avances en la consolidación de la protección social en Argentina. Julio 2012. Oficina de país de la OIT para la Argentina.
37. OIT. Bertranou, F. (2010). Aportes para la construcción de un piso de protección social en Argentina: el caso de las asignaciones familiares. Organización internacional del trabajo. Buenos Aires Oficina de la OIT en Argentina.

ANEXO

1- Decreto 446/2011.
2- Historia clínica perinatal base (HCPB).
3- Carnet perinatal.
4- Formulario PS 2.67

BOLETIN OFICIAL
DE LA REPUBLICA ARGENTINA

Buenos Aires,
martes 19
de abril de 2011

Año CXIX
Número 32.133

Precio $ 2,00

Primera Sección
Legislación y Avisos Oficiales

Los documentos que aparecen en el BOLETIN OFICIAL DE LA REPUBLICA ARGENTINA serán tenidos por auténticos y obligatorios por el efecto de esta publicación y por comunicados y suficientemente circulados dentro de todo el territorio nacional (Decreto Nº 659/1947)

Sumario

Pág.

DECRETOS

ASIGNACIONES FAMILIARES
446/2011
Modifícase la Ley N° 24.714 en relación con la Asignación por Embarazo para Protección Social. .. 1

JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS
448/2011
Danse por prorrogadas designaciones en la Subsecretaría de Evaluación del Presupuesto Nacional de la Secretaría de Coordinación Administrativa y Evaluación Presupuestaria. 2

447/2011
Danse por prorrogadas designaciones en la Subsecretaría de Coordinación Administrativa de la Secretaría de Coordinación Administrativa y Evaluación Presupuestaria. 3

MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS PUBLICAS
449/2011
Dase por aprobada la designación de la Directora de Asuntos Legislativos y Tributarios de la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Subsecretaría Legal de la Secretaría Legal y Administrativa..... 4

DECISIONES ADMINISTRATIVAS

JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS
154/2011
Danse por aprobadas contrataciones en la Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable..... 4

MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS
155/2011
Dase por aprobada una contratación en el Programa de Protección a las Víctimas de la Violencia. 5

MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL
156/2011
Danse por aprobadas contrataciones en la Superintendencia de Riesgos del Trabajo de la Secretaría de Seguridad Social. 5

RESOLUCIONES

EMERGENCIA AGROPECUARIA
218/2011-MAGP
Declárase el estado de emergencia agropecuaria en la Provincia de Buenos Aires, a los efectos de la aplicación de la Ley Nº 26.509. 6

ENERGIA ELECTRICA
165/2011-ENRE
Apruébanse los valores unitarios de las bonificaciones (Kp) que deberán percibir los usuarios de las empresas distribuidoras Edenor S.A., Edesur S.A. y Edelap S.A..... 6

INDUSTRIA
90/2011-SIC
Régimen de Importación de Bienes Integrantes de “Líneas de Producción Usadas”. Inclusión de un proyecto..... 8

PREMIOS
211/2011-MAGP
Créase el Premio Nacional “Hacedores de la Lechería Argentina”..... 8

Continúa en página 2

DECRETOS

ASIGNACIONES FAMILIARES

Decreto 446/2011

Modifícase la Ley N° 24.714 en relación con la Asignación por Embarazo para Protección Social.

Bs. As., 18/4/2011

VISTO las Leyes Nº 24.714 y Nº 26.061 y el Decreto Nº 1602 del 29 de octubre de 2009, y

CONSIDERANDO:

Que es obligación del Estado Nacional adoptar políticas públicas que permitan mejorar la situación de los grupos familiares en situación de vulnerabilidad social.

Que la Ley Nº 24.714 instituyó con alcance nacional y obligatorio un Régimen de Asignaciones Familiares otorgando distintas prestaciones destinadas a la protección del grupo familiar.

Que el Decreto Nº 1602/09 creó la Asignación Universal por Hijo para Protección Social, incluyendo en el Régimen de Asignaciones Familiares instituido por la Ley Nº 24.714 a los grupos familiares no alcanzados por las mismas, previstas en el mencionado régimen, en la medida que se encuentren desocupados o se desempeñen en la economía informal.

Que el artículo 14 bis de la Ley Nº 24.714 define la Asignación Universal por Hijo para Protección Social y su alcance, y el artículo 14 ter de la mencionada ley establece los requisitos que deben cumplirse para su percepción.

Que en el marco de la política social que está llevando a cabo el gobierno y considerando los resultados positivos que ha generado la incorporación de la citada Asignación Universal por Hijo para Protección Social en lo concerniente a la reducción de la pobreza, resulta conveniente continuar ampliando la cobertura de las asignaciones familiares, optimizando progresivamente los beneficios que brinda el Sistema de Seguridad Social.

Que la mortalidad materna es un indicador de la injusticia social, la inequidad de género y la pobreza, ya que el problema se vincula estrechamente con las dificultades de acceso a la educación y a los servicios de atención médica especializados.

Que entendemos que la cobertura en el ámbito de la seguridad social debe ser atendida desde el estado de gestación, de forma tal de brindar a la madre embarazada programas públicos de atención de diagnóstico y tratamiento oportuno, disminuyendo de esta forma los índices de mortalidad maternal, perinatal, neonatal e infantil que se encuentran asociados a problemas en el acceso a los servicios de salud.

Que el hecho de que la mortalidad maternal, perinatal y neonatal sea superior en los estratos de ingresos más bajos, indica que hacer universales los programas públicos, es una cuestión de equidad y justicia social.

Que a los efectos de darle protección a la madre embarazada resulta necesario establecer una prestación que dé cobertura a la contingencia del estado de embarazo de aquellas mujeres que se encuentran en similares condiciones que las personas que acceden a la Asignación Universal por Hijo para Protección Social.

Que como requisito obligatorio para el cobro del CIEN POR CIENTO (100%) de la Asignación creada por el presente, para la cobertura del estado de embarazo, resulta imprescindible exigir el cumplimiento de los controles sanitarios con la inscripción al “Plan Nacer” del MINISTERIO DE SALUD o la certificación médica expedida de conformidad con dicho plan, para los casos que cuenten con cobertura de obra social.

Que la necesidad de brindar ayuda inmediata a las situaciones descriptas dificulta seguir los trámites ordinarios previstos por la CONSTITUCION NACIONAL para la sanción de las leyes, por lo que el PODER EJECUTIVO NACIONAL adopta la presente medida con carácter excepcional.

Que la Ley Nº 26.122, regula el trámite y los alcances de la intervención del HONORABLE CONGRESO DE LA NACION respecto de los Decretos de Necesidad y Urgencia

PRESIDENCIA DE LA NACION

SECRETARIA LEGAL Y TECNICA
DR. CARLOS ALBERTO ZANNINI
Secretario

DIRECCION NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL
DR. JORGE EDUARDO FEIJOÓ
Director Nacional

www.boletinoficial.gob.ar

e-mail: dnro@boletinoficial.gob.ar

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual
Nº 906.844

DOMICILIO LEGAL
Suipacha 767-C1008AAO
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel. y Fax 5218–8400 y líneas rotativas

Pág.

GAS NATURAL
120/2011-SE
Programa Gas Plus. Apruébase un proyecto presentado en el marco de la Resolución Nº 24/08.. 10

HIDROCARBUROS
118/2011-SE
Apruébanse las tarifas máximas correspondientes a los sistemas de transporte y almacenaje de petróleo crudo. 11

SALARIOS
6/2011-CGEP
Establécense los sueldos mínimos para el personal que se desempeña en establecimientos educativos de gestión privada..... 11

3/2011-CGEP
Establécense los sueldos básicos para el personal no docente que se desempeña en establecimientos de enseñanza privada..... 12

1/2011-CGEP
Establécense los sueldos mínimos para el personal que se desempeña en establecimientos educativos de gestión privada..... 12

5/2011-CGEP
Establécense los sueldos básicos para el personal no docente que se desempeña en establecimientos de enseñanza privada..... 13

OBRAS SOCIALES
366/2011-SSS
Inscripción en el Registro de Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud para la Atención Médica de Jubilados y Pensionados..... 14

SISTEMA UNICO DE PRESTACIONES BASICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD
5876/2011-APE
Programa de cobertura del sistema. Modifícase la Resolución N° 400/99. 14

CONCURSOS OFICIALES

Anteriores..... 26

AVISOS OFICIALES

Nuevos 15

Anteriores..... 26

dictados por el PODER EJECUTIVO NACIONAL, en virtud de lo dispuesto por el artículo 99 inciso 3 de la CONSTITUCION NACIONAL.

Que la citada Ley determina, que la Comisión Bicameral Permanente tiene competencia para pronunciarse respecto de la validez o invalidez de los decretos de necesidad y urgencia, así como elevar el dictamen al plenario de cada Cámara para su expreso tratamiento, en el plazo de DIEZ (10) días hábiles.

Que el artículo 20 de la Ley Nº 26.122 prevé que, en el supuesto que la Comisión Bicameral Permanente no eleve el correspondiente despacho, las Cámaras se abocaran al expreso e inmediato tratamiento del decreto, de conformidad con lo establecido en los artículos 99, inciso 3 y 82 de la CONSTITUCION NACIONAL.

Que, por su parte, el artículo 22 de la misma ley dispone que las Cámaras se pronuncien mediante sendas resoluciones y que el rechazo o aprobación de los decretos deberá ser expreso conforme lo establecido en el artículo 82 de la Carta Magna.

Que ha tomado la intervención de su competencia el servicio jurídico pertinente.

Que la presente medida se dicta en uso de las facultades que otorga el artículo 99, inciso 3, de la CONSTITUCION NACIONAL y los artículos 2º, 19 y 20 de la Ley Nº 26.122.

Por ello,

LA PRESIDENTA
DE LA NACION ARGENTINA
EN ACUERDO GENERAL DE MINISTROS
DECRETA:

Artículo 1º — Sustitúyese el inciso c) del artículo 1º de la Ley Nº 24.714 incorporado por el Decreto Nº 1602/09, el cual quedará redactado de la siguiente forma:

"c) Un subsistema no contributivo compuesto por la Asignación por Embarazo para Protección Social y la Asignación Universal por Hijo para Protección Social, destinado, respectivamente, a las mujeres embarazadas y a aquellos niños, niñas y adolescentes residentes en la REPUBLICA ARGENTINA; que pertenezcan a grupos familiares que se encuentren desocupados o se desempeñen en la economía informal."

Art. 2º — Incorpórase como inciso j) del artículo 6º de la Ley Nº 24.714 y sus modificatorios el siguiente:

"j) Asignación por Embarazo para Protección Social."

Art. 3º — Incorpórase como artículo 14 quater de la Ley Nº 24.714 y sus modificatorios el siguiente:

"ARTICULO 14 quater.- La Asignación por Embarazo para Protección Social consistirá en una prestación monetaria no retributiva mensual que se abonará a la mujer embarazada desde la DECIMO SEGUNDA semana de gestación hasta el nacimiento o interrupción del embarazo.

Sólo corresponderá la percepción del importe equivalente a UNA (1) Asignación por Embarazo para Protección Social, aún cuando se trate de embarazo múltiple. La percepción de esta asignación no será incompatible con la Asignación Universal por Hijo para Protección Social por cada menor de DIECIOCHO (18) años, o sin límite de edad cuando se trate de un discapacitado, a cargo de la mujer embarazada.

Art. 4º — Incorpórase como artículo 14 quinquies de la Ley Nº 24.714 y sus modificatorios el siguiente:

"ARTICULO 14 quinquies.- Para acceder a la Asignación por Embarazo para Protección Social, se requerirá:

a) Que la embarazada sea argentina nativa o por opción, naturalizada o residente, con residencia legal en el país no inferior a TRES (3) años previos a la solicitud de la asignación.

b) Acreditar identidad, mediante Documento Nacional de Identidad.

c) La acreditación del estado de embarazo mediante la inscripción en el "Plan Nacer" del MINISTERIO DE SALUD. En aquellos casos que prevea la reglamentación, en que la embarazada cuente con cobertura de obra social, la acreditación del estado de embarazo será mediante certificado médico expedido de conformidad con lo previsto en dicho plan para su acreditación.

Si el requisito se acredita con posterioridad al nacimiento o interrupción del embarazo, no corresponde el pago de la asignación por el período correspondiente al de gestación.

d) La presentación por parte del titular del beneficio de una declaración jurada relativa al cumplimiento de los requisitos exigidos por la presente y a las calidades invocadas. De comprobarse la falsedad de alguno de estos datos, se producirá la pérdida del beneficio, sin perjuicio de las sanciones que correspondan.

Art. 5º — Incorpórase como inciso l) del artículo 18 de la Ley Nº 24.714 y sus modificatorios el siguiente:

"l) Asignación por Embarazo para Protección Social: la mayor suma fijada en el inciso a).

Durante el período correspondiente entre la DECIMO SEGUNDA y la última semana de gestación, se liquidará una suma igual al OCHENTA POR CIENTO (80%) del monto previsto en el primer párrafo, la que se abonará mensualmente a las titulares a través del sistema de pago de la ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSES). El VEINTE POR CIENTO (20%) restante será abonado una vez finalizado el embarazo y en un solo pago, a través del mismo sistema que se utilice para la liquidación mensual de esta asignación, en la medida que se hubieran cumplido los controles médicos de seguimiento previstos en el "Plan Nacer" del MINISTERIO DE SALUD.

La falta de acreditación producirá la pérdida del derecho al cobro del VEINTE POR CIENTO (20%) reservado.

Art. 6º — La Asignación por Embarazo para Protección Social se encuentra alcanzada por las previsiones de los artículos 8º y 9º del Decreto Nº 1602/09.

Art. 7º — Facúltase al titular de la ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSES), para el dictado de las normas interpretativas, aclaratorias y complementarias necesarias para la implementación del presente.

Art. 8º — Encomiéndase a la ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSES) la adopción de las medidas conducentes para la aplicación del presente régimen en un plazo máximo que no podrá superar el 1º de mayo del año 2011.

Art. 9º — Dése cuenta a la Comisión Bicameral Permanente del HONORABLE CONGRESO DE LA NACION.

Art. 10. — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — FERNANDEZ DE KIRCHNER. — Aníbal D. Fernández. — Aníbal F. Randazzo. — Nilda C. Garré. — Amado Boudou. — Débora A. Giorgi. — Julián A. Domínguez. — Julio M. De Vido. — Julio C. Alak. — Carlos A. Tomada. — Alicia M. Kirchner. — Juan L. Manzur. — Alberto E. Sileoni. — José L. S. Barañao. — Carlos E. Meyer. — Arturo A. Puricelli.

JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS

Decreto 448/2011

Danse por prorrogadas designaciones en la Subsecretaría de Evaluación del Presupuesto Nacional de la Secretaría de Coordinación Administrativa y Evaluación Presupuestaria.

Bs. As., 18/4/2011

VISTO el Expediente Nº 3672/2011 del registro de la JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS, la Ley Nº 26.546, los Decretos Nº 491 del 12 de marzo de 2002, Nº 2385 del 30 de diciembre de 2008, Nº 677 del 14 de mayo de 2010, Nº 2053 y Nº 2054 ambos del 22 de diciembre de 2010, y lo solicitado por la DIRECCION NACIONAL DE EVALUACION PRESUPUESTARIA de la SUBSECRETARIA DE EVALUACION DEL PRESUPUESTO NACIONAL dependiente de la SECRETARIA DE COORDINACION ADMINISTRATIVA Y EVALUACION PRESUPUESTARIA de la JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS, y

CONSIDERANDO:

Que por la Ley Nº 26.546 se aprobó el Presupuesto de la Administración Nacional para el Ejercicio del año 2010.

Que por el Decreto Nº 2054/10 se establecieron las disposiciones complementarias a la prórroga en los términos del Decreto Nº 2053/10 del Presupuesto General de la Administración Nacional para el Ejercicio 2010, aprobada por la Ley Nº 26.546, con vigencia desde el 1º de enero de 2011.

Que mediante el Decreto Nº 2385/08 se dieron por aprobadas, por el término de CIENTO OCHENTA (180) días hábiles, las designaciones transitorias efectuadas a los agentes D. Nicolás SASSANO como Asesor en Presupuesto, a Da. Ana Laura GOMEZ como Asesora en Presupuesto, a D. Sergio Fabián LENCINA como Analista Presupuestario, a D. Ezequiel GONZALEZ CHIAPPE como Analista Presupuestario, a Da. Anabella Natalia AGNOLETTO como Analista Presupuestaria y a Da. María Teresa ROLON RODRIGUEZ como Analista Presupuestaria, dependientes de la DIRECCION NACIONAL DE EVALUACION PRESUPUESTARIA de la SUBSECRETARIA DE EVALUACION DEL PRESUPUESTO NACIONAL de la ex SECRETARIA DE EVALUACION PRESUPUESTARIA de la JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS y cuya última prórroga se efectuó mediante el Decreto Nº 677/10 por el mismo término.

Que resulta necesario efectuar una nueva prórroga de las designaciones citadas precedentemente, por el término de CIENTO OCHENTA (180) días hábiles.

Que los cargos aludidos no constituyen asignación de recurso extraordinario alguno.

Dirección Provincial de Maternidad e Infancia
Ministerio de Salud de la Provincia de Mendoza

Dirección Nacional de Salud Materno Infantil
Ministerio de Salud - República Argentina

HISTORIA CLINICA PERINATAL-CLAP-OPS/OMS

NOMBRE | APELLIDO
DOMICILIO
LOCALIDAD | TELEF.

FECHA DE NACIMIENTO (día mes año)
EDAD (años) < de 15 > de 35

ETNIA: blanca, indígena, mestiza, negra, otra
ALFA BETA: no, si
ESTUDIOS: ninguno, primaria, secund., univers., años en el mayor nivel
ESTADO CIVIL: casada, unión estable, soltera, otro; vive sola no si
Lugar del control prenatal
Lugar del parto/aborto
Nº identidad

ANTECEDENTES

FAMILIARES (no si): TBC, diabetes, hipertensión, preeclampsia, eclampsia, Otra. Cond. Médica grave
PERSONALES (no si): 1 2 G
Cirugía genito-urinaria, infertilidad, Cardiopat., Nafropatía, Violencia, VIH+

OBSTETRICOS: gestas previas, abortos, vaginales, nacidos vivos, viven
ULTIMO PREVIO: n/c, normal, <2500g, >4000g
emb. ectópico, 3 espont. consecutivos, partos, cesáreas, nacidos muertos, muertos 1ra. sem., después 1ra. sem.
Antecedente de gemelares no si
FIN EMBARAZO ANTERIOR (día mes año) menos de 1 año
EMBARAZO PLANEADO no si
FRACASO METODO ANTICONCEP.: no usaba, barrera, DIU, hormonal, emergencia, natural

GESTACION ACTUAL

PESO ANTERIOR Kg | TALLA (cm) 1
FUM (día mes año)
FPP (día mes año)
EG CONFIABLE por FUM no si; Eco <20 s.
FUMA act. / FUMA pas. / DROGAS / ALCOHOL / VIOLENCIA (no si): 1er trim, 2do trim, 3er trim
ANTIRUBEOLA: previa, no sabe, embarazo, no
ANTITETANICA: vigente no si; DOSIS 1ª 2ª; mes gestación
EX. NORMAL: ODONT., MAMAS (no si)

CERVIX: Insp. visual, PAP, COLP (normal, anormal, no se hizo)
GRUPO; Rh − + ; inmuniz no si; globulina anti. D no si nc
TOXOPLASMOSIS − + no se hizo: < 20 sem IgG, ≥ 20 sem IgG, 1ª consulta IgM
Hb < 20 sem. <11.0g; Fe/FOLATOS indicados Fe Folatos no no si si; Hb ³ 20 sem. <11.0g
VIH - Diag. - Tratamiento: < 20 sem. solicitado si no n/c; prueba resul. + - s/d n/c; TARV en emb. si no n/c; ³ 20 sem. solicitado si no n/c; prueba resul. + - s/d n/c; TARV en emb. si no n/c
SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento: Prueba no treponémica - + s/d; treponémica - + s/d nc; Tratamiento no si s/d nc; Tto. de la pareja no si s/d nc
CHAGAS + no se hizo
PALUDISMO / MALARIA − + no se hizo
HEPATITIS B − + no se hizo
BACTERIURIA sem. normal anormal no se hizo: < 20, ≥ 20
GLUCEMIA EN AYUNAS: <20 Sem, ³30 Sem, ≥1,05 mg/dl
ESTREPTOCOCO B 35 - 37 semanas − + no se hizo
PREPARACION PARA EL PARTO no si
CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA no si

Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)

CONSULTAS ANTENATALES

día mes año	edad gest.	peso	P A	altura uterina	presentación	FCF (lpm)	movim. fetales	proteinuria	signos de alarma, exámenes, tratamientos	Iniciales Técnico	próxima cita

PARTO ● ABORTO ●

FECHA DE INGRESO (día mes año)
CARNÉ no si
CONSULTAS PRENATALES total
HOSPITALIZ. en EMBARAZO no si días
CORTICOIDES ANTENATALES: completo, incompleto, ninguna, n/c; semana inicio
INICIO: espontáneo, inducido, cesar. elect.
ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO no si; día mes año; hora min; <37 sem, ≥18 hs., temp.≥ 38ºC
EDAD GEST. al parto semanas días; por FUM por Eco.
PRESENTACION SITUACION: cefálica, pelviana, transversa
TAMAÑO FETAL ACORDE no si
ACOMPAÑANTE TDP P: pareja, familiar, otro, ninguno

TRABAJO DE PARTO (detalles en partograma no si)

hora min	posición de la madre	PA	pulso	contr./10'	dilatación	altura present.	variación posic.	meconio	FCF/dips

ENFERMEDADES: 1 ó más / ninguna
HTA previa, HTA inducida embarazo, preeclampsia, eclampsia, cardiopatía, nefropatía, diabetes 1 2 G
infec. ovular, infec. urinaria, amenaza parto preter., R.C.I.U., rotura prem. de membranas, anemia, otra cond. grave
HEMORRAGIA: 1er trim., 2do trim., 3er trim., postparto, infec. puerperal (no si, código)
TDP prueba - + n/r n/c; Sífilis, VIH; TARV si no n/c

NACIMIENTO VIVO / MUERTO anteparto parto ignora momento; hora min día mes año
MULTIPLE no si; orden
TERMINACION espont. cesárea otra; forceps vacuum
INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO; código; INDUC. OPER.
POSICION PARTO: sentada, acostada, cuclillas
EPISIOTOMIA no si
DESGARROS Grado (1 a 4) no
OCITOCICOS prealumbr. no si; postalumbr no si
PLACENTA completa retenida no si
LIGADURA CORDON precoz no si
MEDICACION RECIBIDA: ocitócicos en TDP, antibiot., analgesia, anest. local, anest. region., anest. gral., transfusión (no si); otros no si especificar; código medic 1 medic 2

RECIEN NACIDO

SEXO f m no definido
PESO AL NACER g <2500 g ≥ 4000 g
P. CEFÁLICO cm
LONGITUD cm
EDAD GESTACIONAL sem. días; FUM ECO ESTIMADA
PESO E.G. adec. peq. gde.
APGAR (min) 1er 5to
REANIMACION (no si): estimulac., aspiración, máscara, oxígeno, masaje, tubo
FALLECE en LUGAR del PARTO no si
REFERIDO aloj. conj. neona tolog. otro hosp.
ATENDIO médico obst. enf. auxil. estud. empir. otro; Nombre
PARTO, NEONATO

PUERPERIO

Día	Hora	TºC	P A	pulso	invol. uter.	loquios

DEFECTOS CONGENITOS no menor mayor; código
ENFERMEDADES 1 ó más / ninguna; código
VIH en RN: Expuesto no si s/d; Tto. no si s/d n/c
TAMIZAJE NEONATAL: VDRL − + no se hizo; Tto. no si n/c s/d; TSH − + no se hizo; Hbpatía; Bilirrub; Toxo IgM
Meconio 1er día no si
Antirrubeola post parto no si n/c
yglobulina anti D no si n/c

ANTICONCEPCION

CONSEJERIA no si
METODO ELEGIDO: DIU postevento, ligadura tubaria, DIU, natural, barrera, otro, hormonal, ninguno

EGRESO RN

vivo fallece traslado (día mes año; hora min)
Fallece durante o en lugar de traslado no si
EDAD AL EGRESO días completos; <1 día
ALIMENTO AL ALTA: lact. excl, parcial, artificial
Boca arriba no si
BCG no si
PESO AL EGRESO g
Id RN
lugar
Nombre Recién Nacido
Responsable

EGRESO MATERNO

traslado lugar
día mes año
viva fallece
fallece durante o en el lugar de traslado no si
días completos desde el parto
Responsable

Notas

Descripción de códigos en el reverso

HCPAVMZA (Mendoza) 05/10

LISTADO DE CÓDIGOS

Los números a la izquierda son para la codificación en este formulario. El código a la derecha es de la Clasificación Internacional de Enfermedades Rev. 10 (CIE 10) OPS/OMS 1992

PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (EPP)

50	**GESTACION MULTIPLE**	O30
51	**HIPERTENSION PREVIA**	O10
01	Hipertensión previa esencial complicando EPP	O10.0
02	Hipertensión previa secundaria complicando EPP	O10.4
52	**PRECLAMPSIA**	O13, O14
04	Hipertensión transitoria del embarazo	O16
05	Peclampsia leve	O13
06	Preclampsia severa y moderada	O14
53	Hipertensión previa con proteinuria sobreagregada	O11
54	**ECLAMPSIA**	O15
55	**CARDIOPATIA**	Z86.7
56	**DIABETES**	O24
57	Diabetes mellitus insulino-dependiente previa	O24.0
58	Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa	O24.1
59	Diabetes mellitus iniciada en el embarazo	O24.4
07	Test de tolerancia a la glucosa anormal	R73.0
60	**INFECCION URINARIA**	O23.0-O23.4
08	Bacteriuria asintomática del embarazo	R82.7
61	**OTRAS INFECCIONES**	O98,B06,B50-B54,A60
62	Infecciones del tracto genital en el embarazo	O23.5
09	Sífilis complicando EPP	O98.1
10	Gonorrea complicando EPP	O98.2
11	Malaria	B50-B54
12	Infección herpética anogenital (herpes simplex)	A60
63	Hepatitis viral	O98.4
64	TBC complicando EPP	O98.0
80	Rubeola complicando EPP	B06.O, B06.8 y B06.9
65	**PARASITOSIS COMPLICANDO EPP**	O98.8
77	Chagas	O98.6
78	Toxoplasmosis	O98.6
66	**RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO**	P05
67	**AMENAZA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)**	O60
13	Incompetencia cervical	O34.3
68	**DESPROPORCION CEFALOPELVICA**	O64, O65, O69
14	Parto obstruido por malposición y anomalía de la presentación del feto	O64
15	Parto obstruido debido a anormalidad pélvica materna	O65
16	Otros partos obstruidos por causa fetal	O66
69	**HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE**	O20
17	Mola hidatiforme	O01
18	Aborto espontáneo y aborto retenido	O02.1, O03
19	Embarazo ectópico	O00
20	Aborto inducido y terapéutico	O06, O04
21	Amenaza de aborto	O20.0
70	**HEMORRAGIA DEL 2DO Y 3ER TRIMESTRE**	
22	Placenta previa con hemorragia	O44.1
23	Desprendimiento prematuro de placenta	O45
24	Hemorragia anteparto con defecto de la coagulación	O46.0
25	Ruptura uterina antes o durante el parto	O71.0, O71.1
26	Laceración obstétrica del cuello del útero	O71.3
71	**ANEMIA**	O99.0
27	Anemia por deficiencia de hierro	D50
79	Anemia falciforme	D57.0-D57.2 y D57.8
72	**RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS**	O42
28	Infección del saco amniótico y membranas	O41.1
73	**INFECCION PUERPERAL**	O85,086
29	Sepsis puerperal	O85
30	Infección mamaria asociada al nacimiento	O91
74	**HEMORRAGIA POSTPARTO**	O72
31	Placenta retenida	O72.0, O72.2
32	Utero atónico	O72.1
33	Laceraciones perineales de 1ero y 2do grado	O70.0, O70.1
34	Laceraciones perineales de 3ero y 4to grado	O70.2, O70.3
75	**OTRAS PATOLOGIAS MATERNAS**	(resto de O00-O99)
35	Placenta previa sin hemorragia	O44.0
36	Hiperemesis gravídica	O21
37	Enfermedad renal no especificada durante el embarazo sin mención de hipertensión	O26.8, O99.8 (condiciones en N00-N39)
38	Dependencia de drogas	F10-F19
39	Sufrimiento fetal	O68
40	Polihidramnios	O40
41	Oligoamnios (sin mención de ruptura de membranas)	O41.0
42	Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de cordón umbilical	O69
43	Complicaciones anestésicas durante parto y puerperio	O74
44	Embolismo obstétrico	O88
45	Falla de cierre de la herida de cesárea	O90.0
46	Falla de cierre de la episiotomía	O90.1
47	SIDA	B20-B24
76	HIV positivo	R75
48	Neoplasia maligna del cuello uterino	C53
49	Neoplasia maligna de la glándula mamaria	C50

INDICACION PRINCIPAL DE PARTO QUIRURGICO O INDUCCION

01	Cesárea previa	14	Posición transversa
02	Sufrimiento fetal agudo	15	Ruptura prematura de membranas
03	Desproporción cefalo-pélvica	16	Infección ovular (sospechada o confirmada)
04	Alteración de la contractilidad	17	Placenta Previa
05	Parto prolongado	18	Abruptio placentae
06	Fracaso de la inducción	19	Ruptura uterina
07	Descenso detenido de la presentación	20	Preeclampsia y eclampsia
08	Embarazo múltiple	21	Herpes anogenital
09	R.C.I.U.	22	Condilomatosis genital
10	Parto de pretérmino	23	Otras enfermedades maternas
11	Parto de postérmino	24	Muerte fetal
12	Presentación podálica	25	Madre exhausta
13	Posición posterior	26	Otras
		76	VIH

MEDICACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

01	Lidocaína o similar	16	Inhibidores de Prostaglandinas
02	Aminas simpatomiméticas	17	Antagonistas del calcio
03	Gases anestésicos (pentrane-fluorane-óx. nitroso)	18	Sulfato de magnesio
04	Barbitúricos	19	Hidralazina
05	Relajantes musculares	20	Beta bloqueantes
06	Diazepóxidos	21	Otros antihipertensivos
07	Meperidina	22	Sangre y derivados
08	Espasmolíticos	23	Heparina
09	Oxitocina	24	Corticoides
10	Prostaglandinas	25	Cardiotónicos
11	Betalactámicos (Penicilinas-cefalosporinas)	26	Diuréticos
12	Aminoglicósidos (gentamicina-amykacina)	27	Aminofilina
13	Eritromicina	28	Insulina
14	Metronidazol	29	Difenilhidantoina
15	Betamiméticos	30	Otros

PATOLOGIA NEONATAL

50	**ENFERMEDAD DE MEMBRANAS HIALINAS**	P22.0
51	**SINDROMES ASPIRATIVOS**	P24
52	**APNEAS POR PREMATUREZ**	P28.3-P28.4
53	**OTROS SDR**	Q25.0, P29.3, P23, P25, P22, P27
01	Ductus arterioso persistente	Q25.0
02	Persistencia de la circulación fetal	P29.3
03	Neumonía congénita	P23
04	Neumotorax y enfisema intersticial	P25
05	Taquipnea transitoria	P22.1
06	Enfermedad respiratoria crónica originada en el periodo perinatal	P27
	HEMORRAGIAS	
07	Enfermedad hemorrágica del recién nacido	P53
55	Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal	P26
56	Hemorragia umbilical (excluye las onfalitis con hemorragia)	P51
	HIPERBILIRRUBINEMIAS	
08	Enfermedad hemolítica por isoinmunización Rh	P55.0
09	Enfermedad hemolítica por isoinmunización ABO	P55.1
10	Ictericia neonatal asociada a parto de pretérmino	P59.0
58	**HEMATOLOGICAS** (excluyendo P50-P59)	P60-P61
11	Policitemia neonatal	P61.1
12	Anemia congénita	P61.3
79	Anemia falciforme	D57.0-D57.2 y D57.8
13	Otras afecciones hematológicas	(P35-P39,A09,G00,A54.3)
	INFECCIONES	
14	Diarrea	G00
15	Meningitis	P38
16	Onfalitis	P39.1, A54.3
17	Conjuntivitis	P39.4,L00
59	Infecciones de la piel dei recién nacido	P36
18	Septicemia	(resto del P35-P39)
20	Enterocolitis necrotizante (ECN)	P77
49	Tétanos neonatal	A33
60	Sífilis congénita	A50
61	Enfermedades congénitas virales	P35
68	Síndrome de Rubeola congénita (SRC)	P35.5
69	Citomegalovirus (CMV)	P35.1
70	Toxoplasmosis congénita	P37.1
39	HIV positivo	R75
19	Otras infecciones del período perinatal	(resto de P60-P61)
	NEUROLOGICA (EXCLUYE MALFORMACIONES)	
33	Hidrocefalia adquirida	G91
34	Leucomalacia periventricular y cerebral	P91.1,P91.2
35	Trauma obstétrico con lesión intracranial, del SNC y del sistema nervioso periférico	P10,P11,P14
36	Hemorragia intracraneana no traumática	P52
37	Convulsiones	P90
71	Encefalopatía Hipóxico Isquémica	P21
38	Otras afecciones del estado cerebral	P91
	METABOLICA/NUTRICIONAL	
43	Síndrome de "hijo de diabética"	P70.0, P70.1
45	Hipoglicemia	P70.3, P70.4, E16.2
46	Otras afecciones metabólicas y nutricionales	P75-PT8
66	**OTRAS PATOLOGIAS RN**	
40	Retinopatía de la prematurez	H35
41	Hernia inguinal	K40
65	Síndrome de daño por frío	P80.0 (excluye hipotermia leve P80.8)

ANOMALIAS CONGENITAS

120	Anencefalia	Q00.0
121	Espina bífida/Meningocele	Q05,Q07.0
122	Hidranencefalia	Q04.3
123	Hidrocefalia	Q03
124	Microcefalia	Q02
125	Holoprosencefalia	Q04.2
127	Otras anomalías del Sistema Nervioso Central	Q04,Q06
128	Tronco arterioso	Q20.0
129	Trasposición grandes vasos	Q20.3
130	Tetralogía de Fallot	Q21.3
131	Ventrículo único	Q20.4
132	Doble tracto de salida de vent. derecho	Q20.1
133	Canal atrio-vent. completo	Q21.2
134	Atresia pulmonar	Q22.0
135	Atresia tricuspide	Q22.4
136	Síndrome de hipoplasia de corazón izquierdo	Q23.4
137	Coartación de aorta	Q25.1
138	Retorno venoso pulmonar anómalo total	Q26.2
139	Otras anomalías circulatorias/respiratorias	Q24,28,34
140	Paladar hendido	Q35
141	Fístula traqueo-esofágica	Q39.1
142	Atresia esofágica	Q39.0,Q39.1
143	Atresia de colon o recto	Q42.0,Q42.1,Q42.8,42.9
144	Ano imperforado	Q42.3
145	Onfalocele	Q79.2
146	Gastrosquisis	Q79.3
147	Atresia duodenal	Q41.0
148	Atresia yeyunal	Q41.1
149	Atresia ileal	Q41.2
150	Otras anomalías gastrointestinales	Q40,43,45
151	Genitales malformados	Q50-56
152	Agenesia Renal bilateral	Q60.1
153	Riñones poli o multiquísticos o displásicos	Q61.1-61.9
154	Hidronefrosis congénita	Q62.0
155	Extrofia de la vejiga	Q54
156	Otras anomalías nefrourinarias	Q63,64
157	Trisomía 13	Q91.4, Q91.5,Q91.6
158	Trisomía 18	Q91.0, Q91.1,Q91.2
159	Síndrome de Down	Q90
160	Otras anomalías cromosómicas	Q92,97-99
126	Labio hendido	Q36
161	Polidactilia	Q69
162	Sindactilia	Q70
163	Displasia esquelética	Q77-78
164	Pes equinovarus / talovalgus (Pie Bot)	Q66.8
165	Hernia Diafragmática	Q79.0
166	Hidrops fetalis	P56,P83.2
167	Oligoamnios severo	P01.2
168	Otras anomalías musculoesqueléticas	Q68,74,75,79
169	Anomalías tegumentarias	Q82,84

Dirección Provincial de Maternidad e Infancia
Ministerio de Salud de la Provincia de Mendoza

Dirección Nacional de Salud Materno Infantil
Ministerio de Salud - República Argentina

HISTORIA CLINICA PERINATAL - CLAP - OPS/OMS

NOMBRE APELLIDO
DOMICILIO
LOCALIDAD TELEF.

FECHA DE NACIMIENTO día mes año
EDAD (años) < de 15 > de 35

ETNIA: blanca, indígena, mestiza, negra, otra
ALFA BETA: no, si
ESTUDIOS: ninguno, primaria, secund., univers., años en el mayor nivel
ESTADO CIVIL: casada, unión estable, soltera, otro
vive sola no si
Lugar del control prenatal
Lugar del parto/aborto
Nº identidad

ANTECEDENTES

FAMILIARES no si: TBC, diabetes, hipertensión, preeclampsia, eclampsia, Otra. Cond. Médica grave
PERSONALES no si: 1 2 G
Cirugía genito-urinaria, infertilidad, Cardiopat., Nafropatía, Violencia, VIH+

OBSTETRICOS
gestas previas, abortos, vaginales, nacidos vivos, viven
3 espont. consecutivos, emb. ectópico, partos, cesáreas, nacidos muertos, muertos 1ra. sem., después 1ra. sem.
ULTIMO PREVIO: n/c, normal, <2500g, >4000g
Antecedente de gemelares no si

FIN EMBARAZO ANTERIOR día mes año — menos de 1 año
EMBARAZO PLANEADO no si
FRACASO METODO ANTICONCEP.: no usaba, barrera, DIU, hormonal, emergencia, natural

GESTACION ACTUAL

PESO ANTERIOR Kg
TALLA (cm) 1
FUM día mes año
FPP día mes año
EG CONFIABLE por FUM no si; Eco <20 s.

FUMA act. / FUMA pas. / DROGAS / ALCOHOL / VIOLENCIA no si
1er trim, 2do trim, 3er trim

ANTIRUBEOLA previa, no sabe, embarazo no
ANTITETANICA vigente no si; DOSIS 1ª 2ª; mes gestación
EX. NORMAL ODONT. MAMAS no si

CERVIX: Insp. visual, PAP, COLP — normal, anormal, no se hizo
CHAGAS i +, no se hizo
PALUDISMO / MALARIA − + no se hizo
HEPATITIS B − + no se hizo
GRUPO Rh inmuniz no si nc; globulina anti. D no si
BACTERIURIA sem. normal anormal no se hizo: < 20, ≥ 20
TOXOPLASMOSIS − + no se hizo: < 20 sem IgG, ≥ 20 sem IgG, 1ª consulta IgM
GLUCEMIA EN AYUNAS <20 Sem, ³30 Sem, ≥1,05 mg/dl
Hb < 20 sem. g, <11.0g
Fe/FOLATOS indicados: Fe, Folatos no si
Hb ³ 20 sem. g, <11.0g
ESTREPTOCOCO B 35 - 37 semanas − + no se hizo
PREPARACION PARA EL PARTO no si
CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA no si

VIH - Diag. - Tratamiento: < 20 sem. solicitado si no n/c; prueba resul. + - s/d n/c; TARV en emb. si no n/c
³ 20 sem. solicitado si no n/c; prueba resul. + - s/d n/c; TARV en emb. si no n/c

SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento
Prueba no treponémica − + s/d; treponémica − + s/d nc
Tratamiento no si s/d nc; semanas
Tto. de la pareja no si s/d nc

CONSULTAS ANTENATALES

día mes año	edad gest.	peso	P A	altura uterina	presentación	FCF (lpm)	movim. fetales	proteinuria	signos de alarma, exámenes, tratamientos	Iniciales Técnico	próxima cita

PARTO / ABORTO

FECHA DE INGRESO día mes año
CARNÉ no si
CONSULTAS PRE-NATALES total
HOSPITALIZ. en EMBARAZO no si — días
CORTICOIDES ANTENATALES completo, incompleto, ninguna, n/c — semana inicio
INICIO espontáneo, inducido, cesar. elect.
ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO no si — día mes año; hora min; <37 sem, ≥18 hs., temp.≥ 38ºC
EDAD GEST. al parto semanas días; por FUM por Eco.
PRESENTACION SITUACION cefálica, pelviana, transversa
TAMAÑO FETAL ACORDE no si
ACOMPAÑANTE TDP P: pareja, familiar, otro, ninguno

TRABAJO DE PARTO si no — detalles en partograma

hora min	posición de la madre	PA	pulso	contr./10'	dilatación	altura present.	variación posic.	meconio	FCF/dips

ENFERMEDADES 1 ó más / ninguna
no si: HTA previa, HTA inducida embarazo, preeclampsia, eclampsia, cardiopatía, nefropatía, diabetes 1 2 G
infec. ovular, infec. urinaria, amenaza parto preter., R.C.I.U., rotura prem. de membranas, anemia, otra cond. grave
HEMORRAGIA no si: 1er trim., 2do trim., 3er trim., postparto, infec. puerperal — código
TDP prueba − + n/r n/c: Sífilis, VIH
TARV si no n/c

NACIMIENTO VIVO, MUERTO anteparto parto ignora momento — hora min día mes año
MULTIPLE no si — orden
TERMINACION espont. cesárea otra, forceps vacuum
INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO — código
INDUC. OPER.

POSICION PARTO: sentada, acostada, cuclillas
EPISIOTOMIA no si
DESGARROS Grado (1 a 4) no
OCITOCICOS prealumbr. no si; postalumbr. no si
PLACENTA completa, retenida no si
LIGADURA CORDON precoz no si
MEDICACION RECIBIDA: ocitócicos en TDP, antibiot., analgesia, anest. local, anest. region., anest. gral., transfusión no si
otros no si especificar — código medic 1, medic 2

RECIEN NACIDO

SEXO f m no definido
PESO AL NACER g <2500 g ≥ 4000 g
P. CEFÁLICO cm
LONGITUD cm
EDAD GESTACIONAL sem. días; FUM ECO ESTIMADA
PESO E.G. adec. peq. gde.
APGAR (min) 1er 5to
REANIMACION no si: estimulac., aspiración, máscara, oxígeno, masaje, tubo
FALLECE en LUGAR del PARTO no si
REFERIDO aloj. conj. neona tolog. otro hosp.
ATENDIO médico obst. enf. auxil. estud. empir. otro — Nombre
PARTO, NEONATO

DEFECTOS CONGENITOS no menor mayor — código
ENFERMEDADES 1 ó más / ninguna — código
VIH en RN: Expuesto no si s/d n/c; Tto. no si s/d n/c
TAMIZAJE NEONATAL: VDRL − + no se hizo; Tto. no si n/c s/d; TSH − + no se hizo; Hbpatía; Bilirrub; Toxo IgM
Meconio 1er día no si
Antirrubeola post parto no si n/c
yglobulina anti D no si n/c

PUERPERIO

Día	Hora	TºC	P A	pulso	invol. uter.	loquios

EGRESO RN

vivo fallece traslado
día mes año; hora min
Fallece durante o en lugar de traslado no si
EDAD AL EGRESO días completos <1 día
ALIMENTO AL ALTA lact. excl. parcial artificial
Boca arriba no si
BCG no si
PESO AL EGRESO g
Id RN
lugar
Nombre Recién Nacido
Responsable

EGRESO MATERNO

traslado lugar
día mes año
viva fallece
fallece durante o en el lugar de traslado no si — días completos desde el parto
Responsable

ANTICONCEPCION

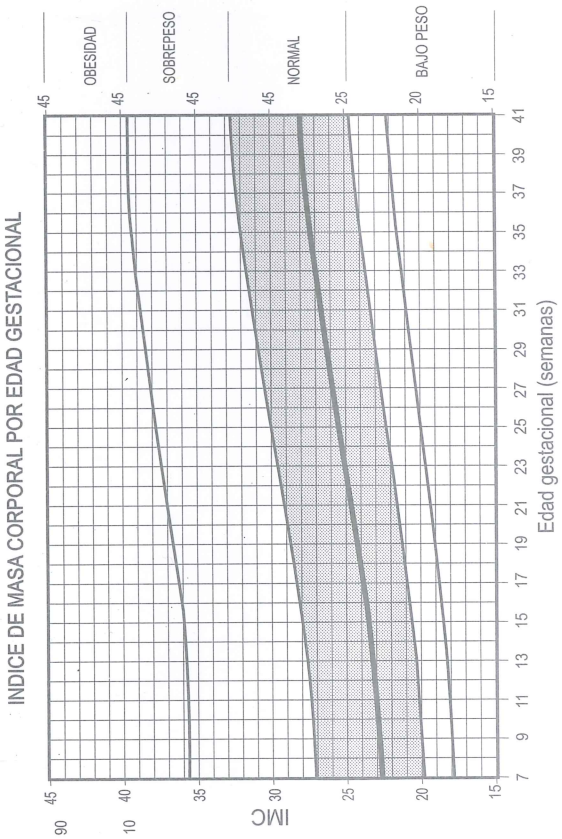
CONSEJERIA no si
METODO ELEGIDO: DIU postevento, ligadura tubaria, DIU, natural, barrera, otro, hormonal, ninguno

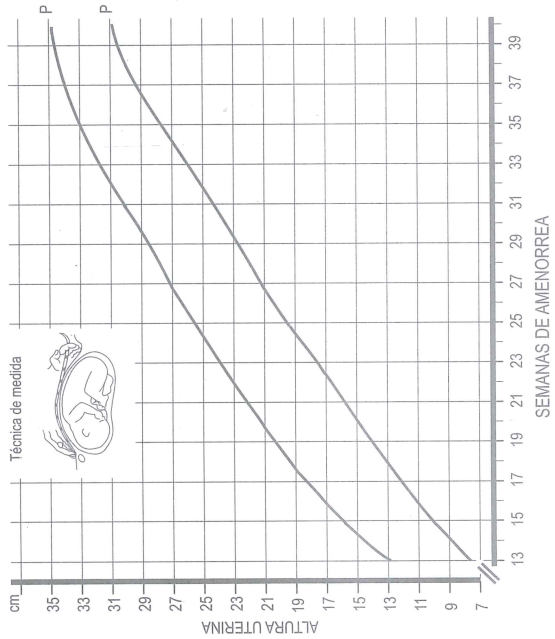
Notas

Este color significa **ALERTA** (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)

Descripción de códigos en el reverso

HCPAVMZA (Mendoza) 05/10





EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Día	Mes	

HOSPITALIZACION

	INGRESO		EGRESO	
	Día	Mes	Día	Mes

OBSERVACIONES

Dirección Nacional de Salud Materno Infantil
Ministerio de Salud y Ambiente - Argentina

Dirección Provincial de Maternidad e Infancia
Ministerio de Salud de la Provincia de Mendoza

CARNÉ PERINATAL

Lugar de control prenatal (Origen)

Maternidad prevista (Establecimiento)

El embarazo no es una enfermedad pero exige vigilancia del equipo de salud para evitar complicaciones.

Es importante que su primera consulta al centro de salud sea lo más pronto posible.

Cumpla con las citas y las recomendaciones que le sean dadas.

Este carné contiene información indispensable para su salud y la de su hijo. Llévelo con Ud. en todo momento y entréguelo al equipo de salud toda vez que requiera una atención, ya sea para el embarazo, parto, puerperio o control de crecimiento y desarrollo de su hijo.

CPEAVMZA-05/10

En caso de extravío se ruega dirigirse a:

NOMBRE

DOMICILIO

TELEFONO

LOCALIDAD

CentroLatinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP)
www.clap.ops-oms.org

Versión 1.2

ANSES

Form. PS.2.67

Solicitud Asignación por Embarazo para Protección Social

USO EXCLUSIVO ANSES

Frente

Código Dependencia | UDAI | Trámite Nº

Solicitud ☐ Acreditación ☐ Aceptada ☐ Rechazada ☐

Rubro 1 - Datos del Titular Declaración Jurada de Datos Consignados

CUIL ___ Nº de Documento ___

Apellido/s y Nombre/s ___

Correo Electrónico ___

Teléfono de Contacto ___

Posee cobertura de Obra Social: Si ☐ No ☐

Si Consigna "SI". Indique Situación: Monotributista Social ☐ Servicio Doméstico ☐ Trabajo de Temporada ☐

Si Consigna "No". Presenta Inscripción al Plan Nacer ☐

Declaro bajo juramento que mi grupo familiar cumple con los requisitos establecidos en el Decreto Nº 1602/09 y sus normas reglamentariaspara el cobro de esta Asignación por Embarazo para Protección Social y no estamos alcanzados por las incompatibilidades del Artículo 9º del mencionado decreto.

Datos del Representante Legal/Natural del Titular Solo cumplimentar en el caso de que el Titular sea Menor de 18 Años

CUIL ___ Nº de Documento ___

Apellido/s y Nombre/s ___

Firma del Titular / Representante o Impresión Dígito Pulgar Derecho

Aclaración de Firma

Rubro 2 - Constancia Médica para la Solicitud de la Asignación por Embarazo para Protección Social

Fecha: ___ Semanas de Gestación (entre 12 y 42 semanas): ___ Fecha Probable de Parto: ___

Matrícula Nº: ___ Nacional ☐ Provincial ☐

Apellido/s y Nombre/s del Profesional: ___

La cumplimentación de este rubro acredita que la Titular se encuentra embarazada.

Lugar ___

Firma y Sello del Profesional Certificante

Rubro 3 - Acreditación de Requisitos Médicos del Embarazo

Indique lo que Corresponda Nacimiento ☐ Interrupción del Embarazo ☐ Fallecimiento ☐ Fecha: ___

Control Integral del Embarazo ☐ (Controles Prenatales, Laboratorio, Ecografías, Inmunizaciones, Consejería)

Matrícula Nº: ___ Nacional ☐ Provincial ☐

Apellido/s y Nombre/s del Profesional: ___

Lugar y Fecha ___, ___/___/___

Firma y Sello del Profesional Certificante

Presenta la Inscripción al Plan Nacer del recién nacido (Uso exclusivo de ANSES) ☐

Rubro 4 - Recepción (Para Uso Exclusivo de ANSES)

Firma, Aclaración y Legajo del Agente Interviniente

Fecha y Sello de Recepción

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social

ANSES

Form. PS.2.67

Solicitud Asignación por Embarazo para Protección Social

Constancia de Recepción

Uso Exclusivo ANSES

Trámite Nº

Solicitud ☐ Acreditación ☐ Aceptada ☐ Rechazada ☐

CUIL ___ Nº de Documento ___

Apellido/s y Nombre/s ___

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social

Firma, Aclaración y Legajo del Agente Interviniente

Fecha y Sello de Recepción

Form. PS.2.67 (Dorso)

Instrucciones para la Cumplimentación

Rubro 1 - Datos de la Titular

En este rubro se deberán consignar los datos de la mujer embarazada y si cuenta o no con cobertura de obra social.

En caso de que se consigne que posee cobertura de obra social, sólo podrá solicitar esta Asignación en la medida que su situación sea Monotributo Social, Servicio Doméstico o Trabajo de Temporada.

Documentación a Presentar: (en caso de no poseer cobertura de Obra Social):

- Constancia de Inscripción de la Titular al Plan Nacer (debiendo el operador de ANSES cumplimentar con una tilde el campo correspondiente).

Rubro 2 - Constancia Médica para la Solicitud de la Asignación por Embarazo

En este rubro el profesional certificante deberá cumplimentar los campos y acreditar que la Titular se encuentra embarazada.

El tiempo de gestación consignado por el profesional certificante no podrá ser inferior a 12 semanas ni superior a 42 semanas.

Rubro 3 - Acreditación de Requisitos Médicos del Embarazo

Una vez finalizado el estado de embarazo, en este rubro el profesional certificante deberá consignar si se produjo el nacimiento y/o fallecimiento del niño ó la interrupción del embarazo y la fecha en la que sucedió lo indicado.

El profesional certificante deberá consignar con una tilde que a la titular se le efectuó el Control Integral del Embarazo.

Documentación a Presentar:

En caso de Nacimiento:

- Original y copia de la Partida o del Certificado de Nacimiento
- Constancia de Inscripción del recién nacido al Plan Nacer (debiendo el operador de ANSES cumplimentar con una tilde el campo correspondiente)
- Original y copia del Documento Nacional de Identidad del recién nacido (opcional)

en Caso de Fallecimiento:

- Original y copia del Certificado de Defunción

En caso de Interrupción del Embarazo:

- La cumplimentación de este rubro es requisito suficiente para su acreditación

Rubro 4 - Recepción

El operador de ANSES deberá firmar, fechar y sellar la recepción del formulario.

Información Importante

Profesional Certificante:

En caso de Nacimiento un médico (tocoginécologico, generalista, de familia) y/u obstétrica deberá acreditar el cumplimiento del control integral del embarazo. En caso de Interrupción del Embarazo o Fallecimiento del recién nacido deberá ser acreditado por un profesional médico.

"El Control Integral del Embarazo" debe incluir al menos las siguientes prestaciones:

- Carnet Perinatal: guía que debe utilizar la embarazada para constatar el control y cuidado de su embarazo el que le será entregado por el profesional médico u obstétrico.
- Calendario de controles prenatales completos: 5 controles prenatales con intervalos de al menos 1 mes.
- Consejería integral en salud sexual y en el cuidado de la salud y la de su hijo/a.
- 2 ecografías.
- En el segundo y anteúltimo control prenatal: datos de serología (VDRL, Hepatitis B, HIV, Chagas y Toxoplasmosis) y Hematocrito y Hemoglobina (anemia).

El Esquema de Vacunación en el embarazo incluye:

- Vacuna antigripal: deberá darse a todas las embarazadas en cualquier trimestre de gestación.
- Doble Adulto: de no contar con el esquema completo, o sea, si no se tiene una dosis registrada en los últimos 10 años, se debe dar una dosis.

El Esquema de Vacunación en el puerperio incluye:

- Vacuna antigripal: si no la recibió en el embarazo.
- Doble adulto: de no contar con el esquema completo, o sea, si no se tiene una dosis registrada en los últimos 10 años, se debe dar una dosis.
- Doble Viral o Triple Viral (en el post-parto): si no tiene registro de al menos 2 dosis de la vacuna después del año de edad o una dosis en la última campaña, deberá darse cualquiera de estas vacunas.

El Esquema de Vacunación para el Recién Nacido incluye:

- BCG antes del alta de la maternidad.
- Hepatitis B antes de las 12 horas de vida.

ESTE FORMULARIO REVISTE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, DEBE SER CUMPLIMENTADO EN LETRA IMPRENTA SIN OMITIR, ENMENDAR NI FALSEAR NINGÚN DATO, SUJETANDO A LOS INFRACTORES A LAS PENALIDADES PREVISTAS EN LOS ARTS. 172, 292, 293 Y 298 DEL CÓDIGO PENAL PARA LOS DELITOS DE ESTAFA Y FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PÚBLICO.

EL PAGO DE LA ASIGNACIÓN POR EMBARAZO PARA PROTECCIÓN SOCIAL SOLICITADA QUEDA CONDICIONADO AL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LAS NORMAS VIGENTES Y SIEMPRE QUE NO EXCEDAN DE 6 (SEIS) MENSUALIDADES.

ESTE FORMULARIO REVISTE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, DEBE SER CUMPLIMENTADO EN LETRA IMPRENTA SIN OMITIR, ENMENDAR NI FALSEAR NINGÚN DATO, SUJETANDO A LOS INFRACTORES A LAS PENALIDADES PREVISTAS EN LOS ARTS. 172, 292, 293 Y 298 DEL CÓDIGO PENAL PARA LOS DELITOS DE ESTAFA Y FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PÚBLICO.

EL PAGO DE LA ASIGNACIÓN POR EMBARAZO PARA PROTECCIÓN SOCIAL SOLICITADA QUEDA CONDICIONADO AL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LAS NORMAS VIGENTES Y SIEMPRE QUE NO EXCEDAN DE 6 (SEIS) MENSUALIDADES.