

Dirección Nacional de Maternidad e Infancia  
Subsecretaría de Medicina Comunitaria, Maternidad e Infancia

# Estrategia para la disminución de la morbimortalidad maternoinfantil: Regionalización perinatal

Dra. Ana M. Speranza  
Directora Nacional de Maternidad e Infancia

37º Congreso Argentino de Pediatría

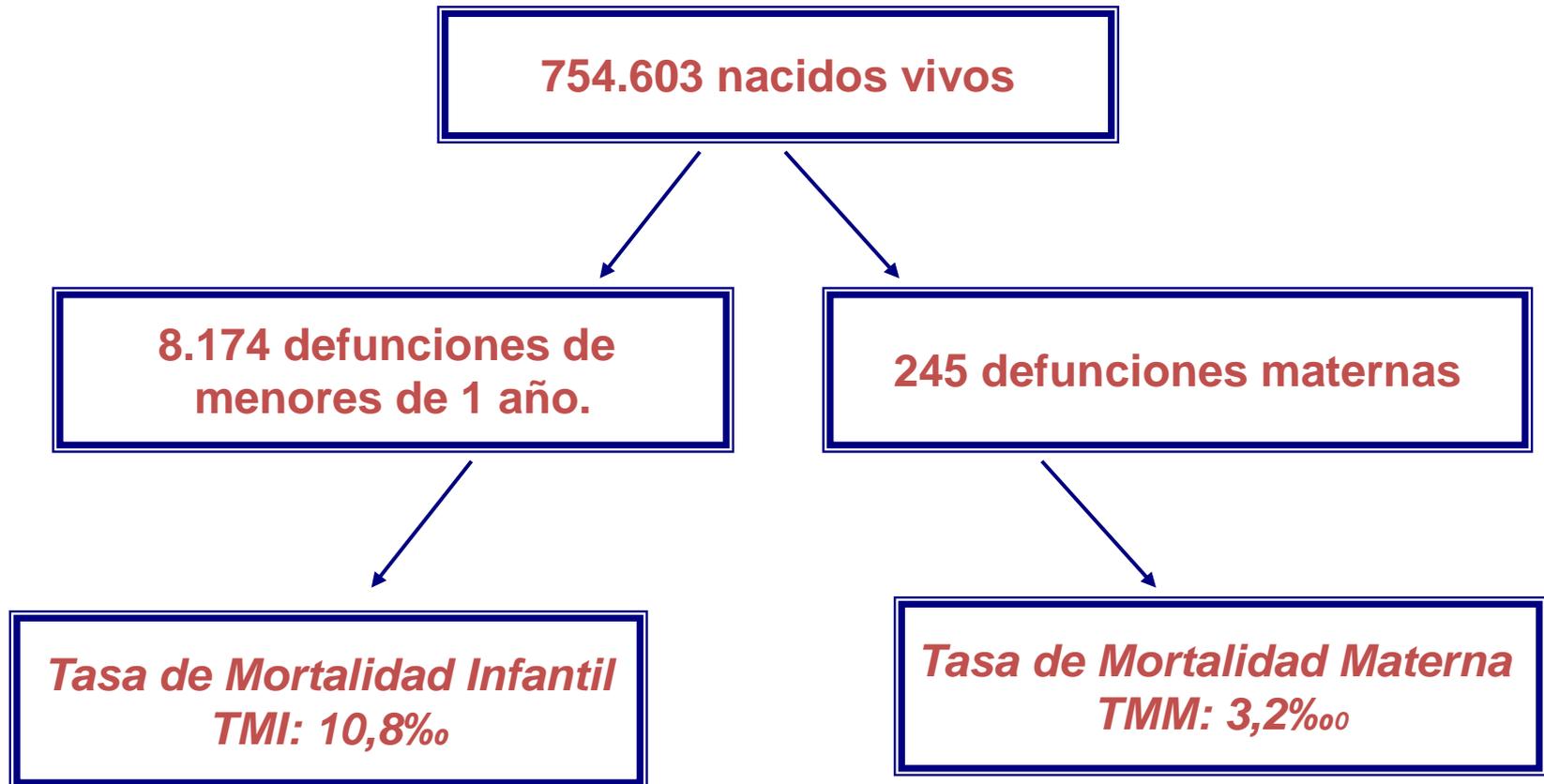


Ministerio de  
Salud

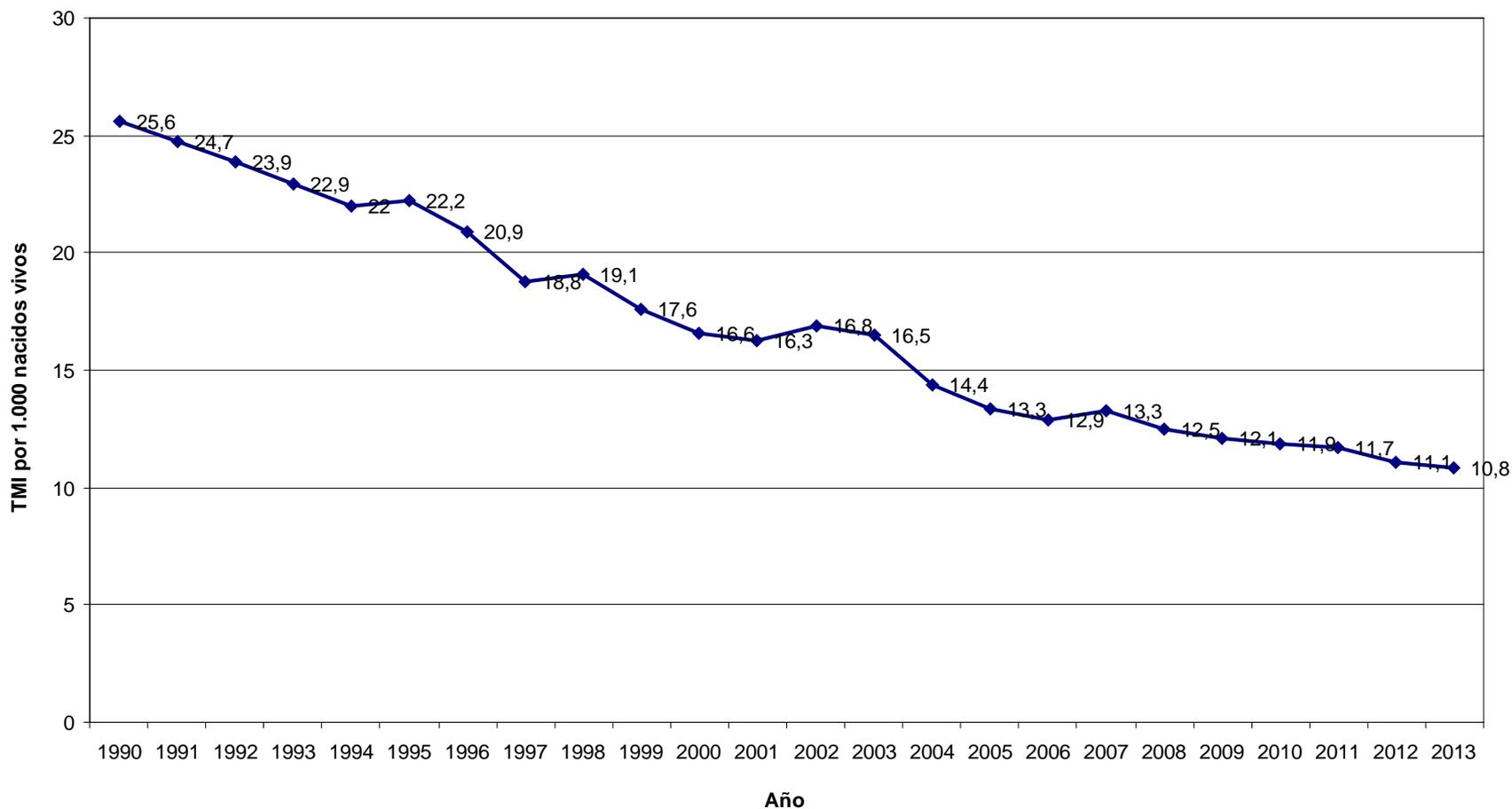


Presidencia  
de la Nación

## Estadísticas Vitales. Argentina. 2013



# Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil. República Argentina. Años 1990 - 2013



# Mortalidad Infantil según componentes

0 a 364 días

Defunciones Infantiles: 8.174  
**TMI: 10,8‰**

0 a 27 días

Defunciones Neonatales: 5.572  
**TMN: 7,4‰**

28 a 364 días

Defunciones Postneonatales: 2.602  
**TMP: 3,4‰**

0 a 6 días

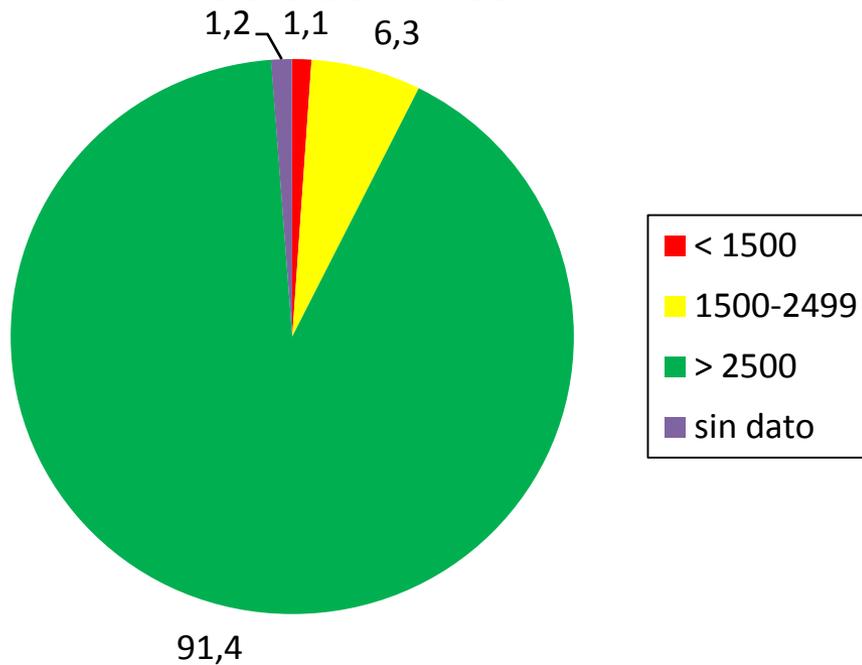
Defunciones Neonatales  
Precoces: 4.020  
**TMNP: 5,3‰**

7 a 27 días

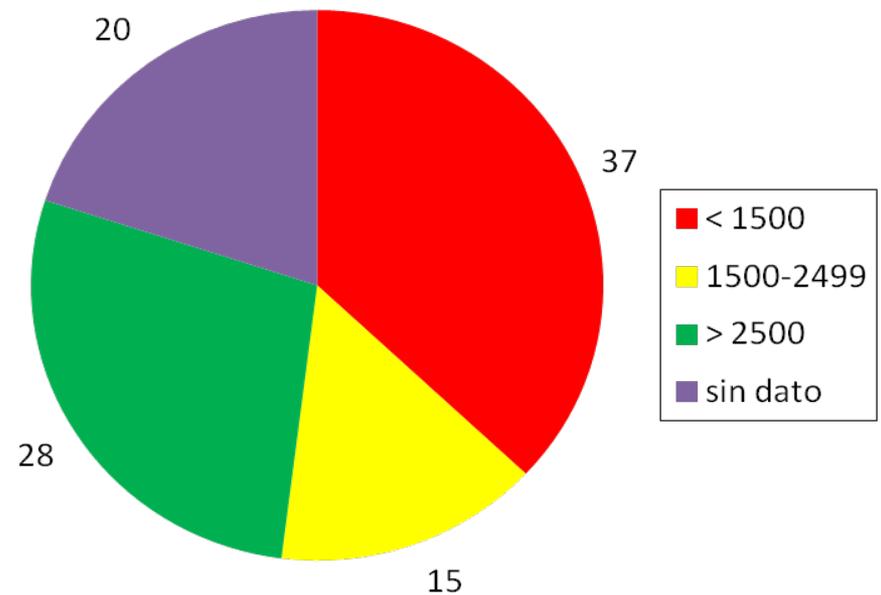
Defunciones Neonatales  
Tardías: 1.552  
**TMNT: 2,1‰**

# Relación entre nacidos vivos y fallecidos en Argentina según peso al nacer - 2013

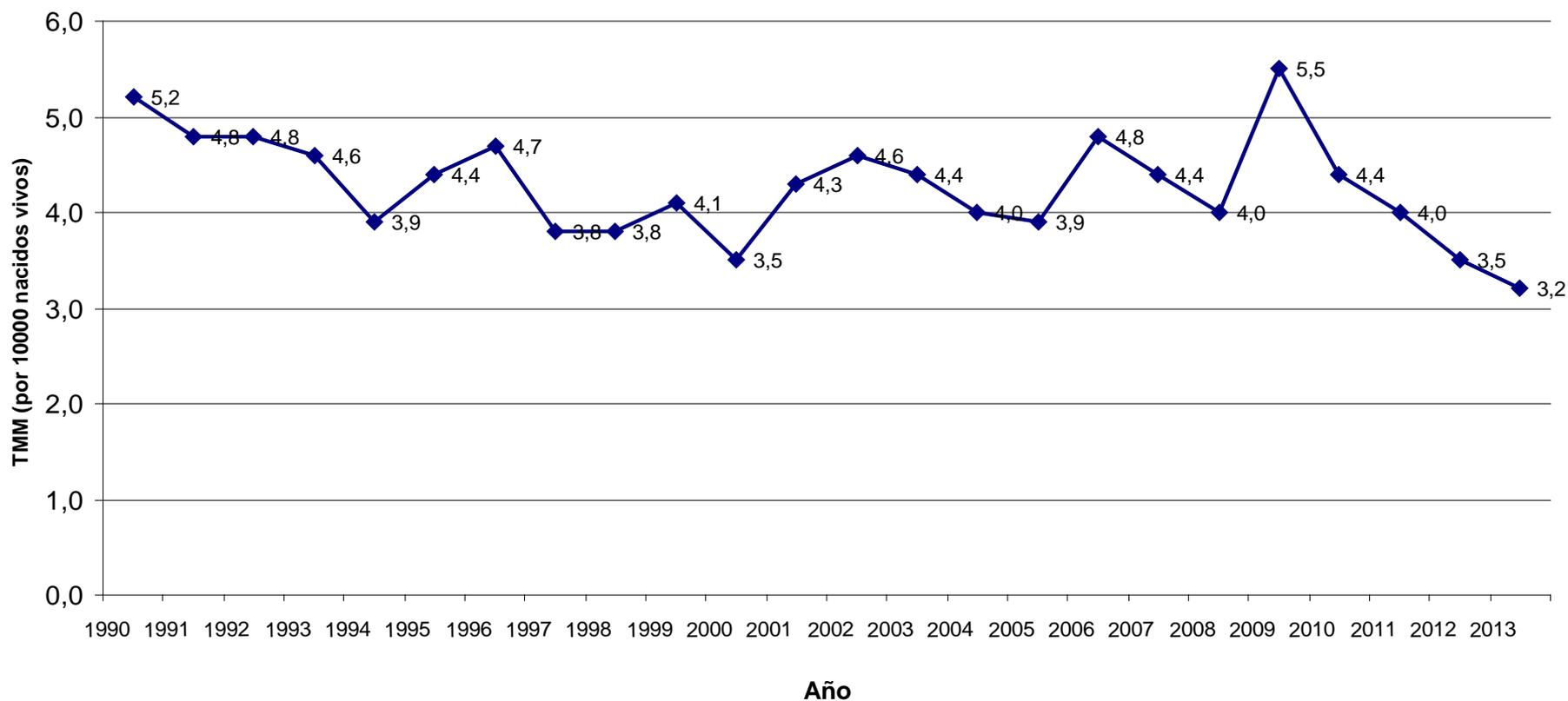
## Nacidos vivos



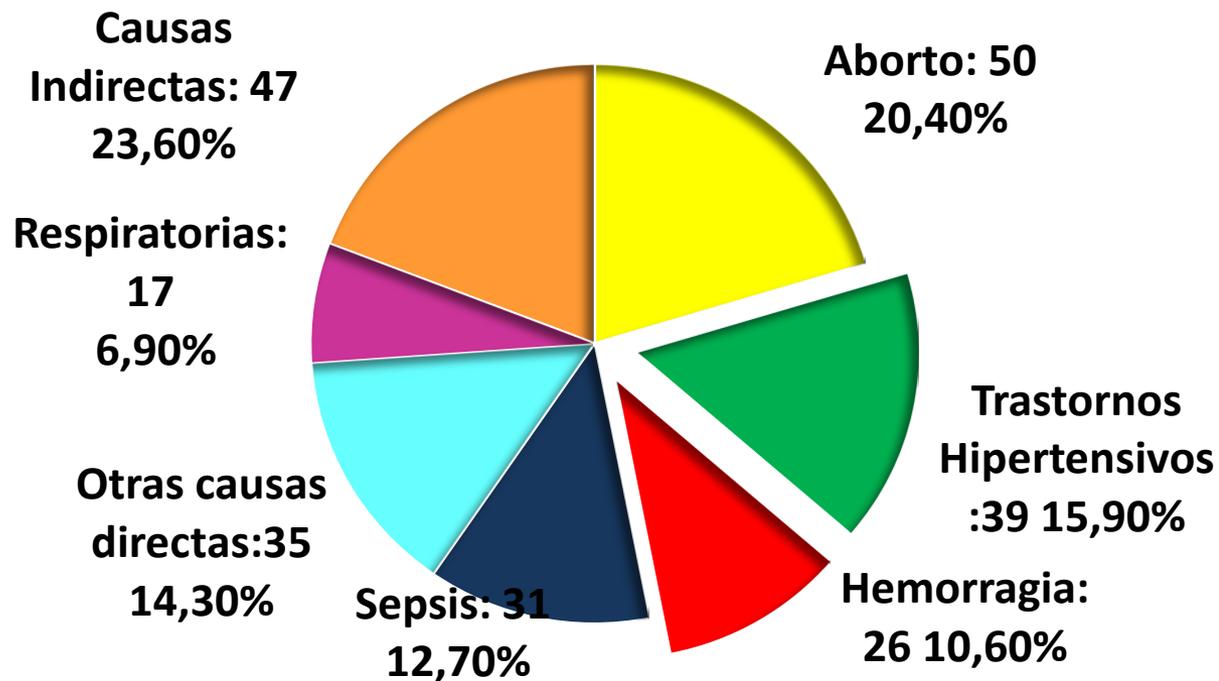
## Fallecidos



# Evolución de la Tasa de Mortalidad Materna. República Argentina. Años 1990 – 2013.



# Mortalidad Materna según causas. Total país. República Argentina. Año 2013



Fuente: DEIS. MSAL. Año 2013

Toda **mujer** tiene derecho a un **embarazo planificado** y a un **parto seguro y respetado**.

Todo **niño** tiene el derecho a nacer en el **nivel de complejidad que según su riesgo** le corresponde.

# Regionalización perinatal

Es el desarrollo dentro de un **área geográfica** de un sistema de salud materno y perinatal **coordinado** en el cual, merced a **acuerdos** entre instituciones y basándose en las **necesidades de la población** se identifica el grado de **complejidad** que cada institución provee con el fin de alcanzar los **objetivos**:

- Atención de calidad para todas las gestantes y RN
- Utilización adecuada de la tecnología requerida
- Personal perinatal altamente entrenado y en número adecuado

*Yu V, Dunn P. Development of regionalized perinatal care. (2004)*

Las evidencias muestran que  
la **Regionalización Perinatal**  
es efectiva y eficiente para  
reducir la Mortalidad Materno Infantil.

# Experiencias

## **EEUU (1970)**

- En 1974 ya operaban sistemas de RAP en 28 Estados.

## **CANADÁ (1970)**

- Regiones con 3 niveles de complejidad de complejidad y 22 Centros regionales (nivel III) para 30.000.000 de habitantes

## **REINO UNIDO (1971)**

- Sistema con 3 niveles de complejidad

## **AUSTRALIA (1986)**

## **PORTUGAL (1989)**

- Cierre de servicios de obstetricia con menos de 1.500 partos por año

## **CHILE**

- Organización por regiones sanitarias.

## **NORUEGA, SUECIA, SUIZA, REINO UNIDO, ESPAÑA y PORTUGAL**

- Unidades nivel III: 1 / 4.000 nacidos vivos a 1 / 20.000 nacidos vivos (según el país).

## **ARGENTINA:** provincia de Neuquén (1970-1980).

# Etapas en la estrategia de Regionalización Perinatal -I-

- **2008, diciembre:** Reunión del COFESA. Inicio del Plan Estratégico de Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil.
- **2010:** Comienza la implementación del Plan operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y Adolescentes.
- **2011, abril:** Jornada Internacional sobre Regionalización del Cuidado Perinatal. **Se publica y distribuye un libro sobre el tema, incluyendo un documento de OPS/CLAP.**
- **2010-2011:** Evaluación de maternidades
- **2012:** Resolución 641/2012 (**Neonatología**) y Anexo a la Res. 348/2003 (**Obstetricia**): categorización de servicios, **en función de la Regionalización Perinatal.**

# Etapas en la estrategia de Regionalización Perinatal -II-

- **2010-2011:** Puesta en marcha del SIP-Gestión, y del Módulo Neonatal
- **2011:** Convenio con COSSPRA (Consejo de Obras y Servicios Sociales de la República Argentina) para extender el Sistema de Información Perinatal (SIP) al sector privado.
- **2012-2013:** Programa NACER-SUMAR incluyen el Paquete Prestacional de Alta Complejidad Perinatal
- **2010-2015:** Plan operativo para la Reducción de la mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y Adolescente:
  - Trabajo en las provincias, por medio de equipos que ofrecen Asistencia Técnica para el proceso de Regionalización.
  - Capacitación en servicio de efectores de nivel III-B, orientada a la mejora de la calidad de las prestaciones (EO, RCP, Acorn).
  - Capacitación 1º nivel de atención.
  - Becas.
  - Equipamiento.
  - Ambulancias neonatales.
- **2015:** Programa QUNITA

# Regionalización Perinatal: ¿Por qué?

- En el 1<sup>er</sup> nivel: control prenatal de calidad (nominalización, búsqueda activa), identificar el riesgo, referencia oportuna
- “Parto de bajo riesgo” es un diagnóstico retrospectivo.
- Más del 99 % de los partos son institucionales: deben realizarse en **maternidades seguras** (con CONE).
- La atención de la madre puede complicarse en un 20% de los casos (EO-UCI).

# Regionalización Perinatal: ¿Por qué?

- La MN es menor cuando los bebés de mayor riesgo nacen en unidades de mayor complejidad.
- Es posible lograr que más del 65% de los bebés de mayor riesgo nazcan en unidades especializadas.
- La mortalidad de los <1500 g depende de la experiencia de la institución tratante y del número de enfermeras por paciente crítico.
- La proporción de médicos especializados que se requieren es menor en los sistemas regionalizados.

# Sabemos que...

- Cuanto mayor es el trabajo en las Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), mejores son los resultados.
- Las unidades pequeñas tienen peores resultados.
- Un censo mayor a 15 Recién Nacidos en la UCIN se asocia con menor mortalidad en los Recién Nacidos de muy bajo peso.

*Phibbs C: N Engl J Med. 2007 May 24;356(21):2165-75.*

*JAMA. 1996 Oct 2;276(13):1054-9*

# Costo-efectividad de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales en relación con el número de admisiones

- Para reducir aún más la mortalidad de los recién nacidos es imprescindible contar con tecnología de alto costo y con recurso humano en cantidad y calidad adecuadas.
- Mantener la estructura para pocos niños no asegura que el personal tenga el entrenamiento permanente necesario
- Para las instituciones pequeñas (menos de 30 ingresos por año) , el costo de cada niño sobreviviente < 1500 gramos fue 3,5 veces superior al costo de un niño en una institución grande.
- El estudio demuestra que las unidades grandes son más eficientes en el gasto tomando en cuenta el total de egresos anuales.

# Características de las maternidades

## Requisitos:

- Disponibilidad Quirúrgica y procedimientos obstétricos.
- Anestesia.
- Transfusión de sangre segura.
- Tratamientos médicos maternos.
- Asistencia neonatal inmediata.
- Evaluación del riesgo materno y neonatal.
- Transporte oportuno al nivel de referencia.

**→ Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE). OMS 1986**

# Maternidades en Argentina

Evaluación 2009-2010

**715 Maternidades Públicas**

**Cumplimiento  
de C.O.N.E.**

85% realizan menos de  
1.000 partos anuales  
(32% menos de 100)

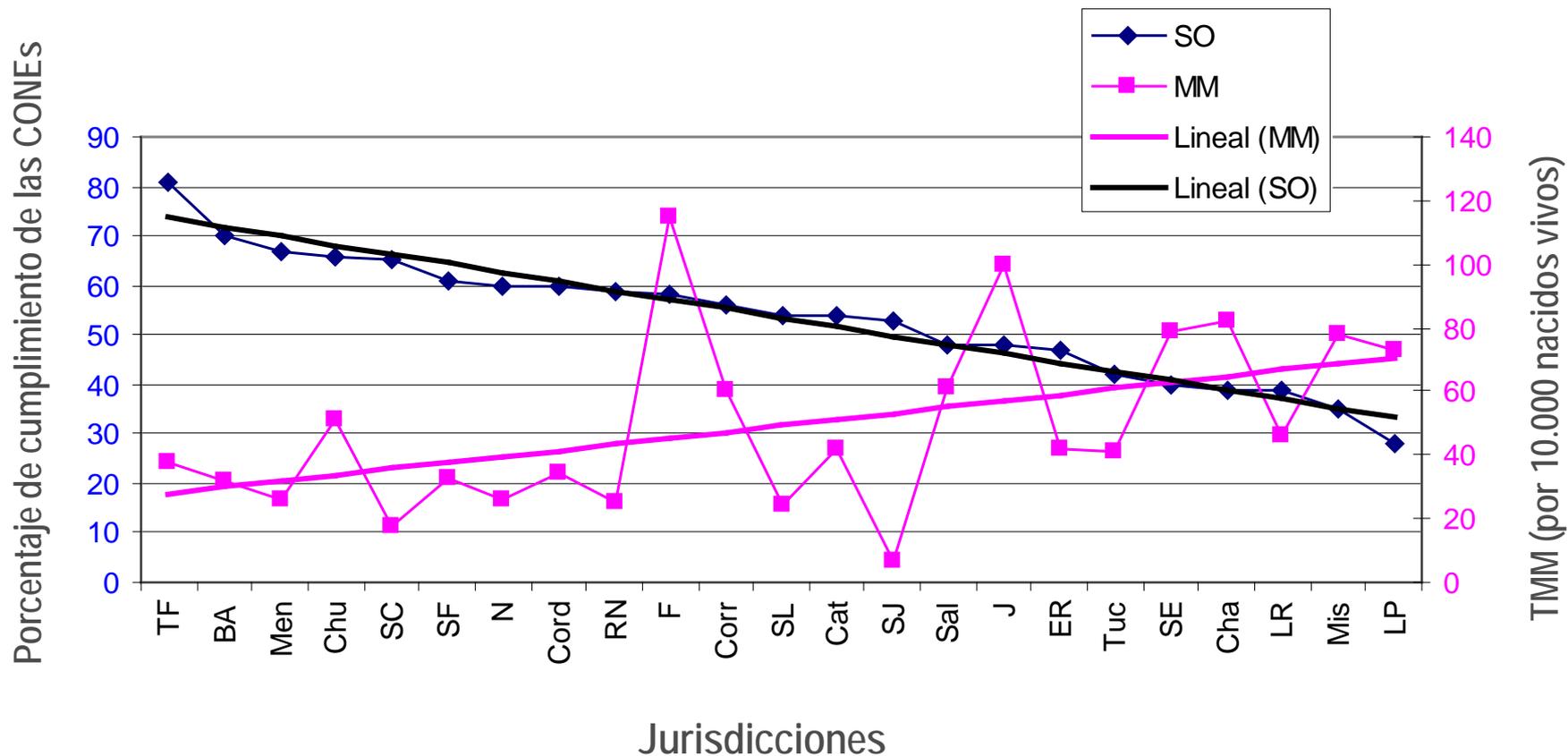
**44% cumplen CONEs**

**56% no cumplen CONEs**

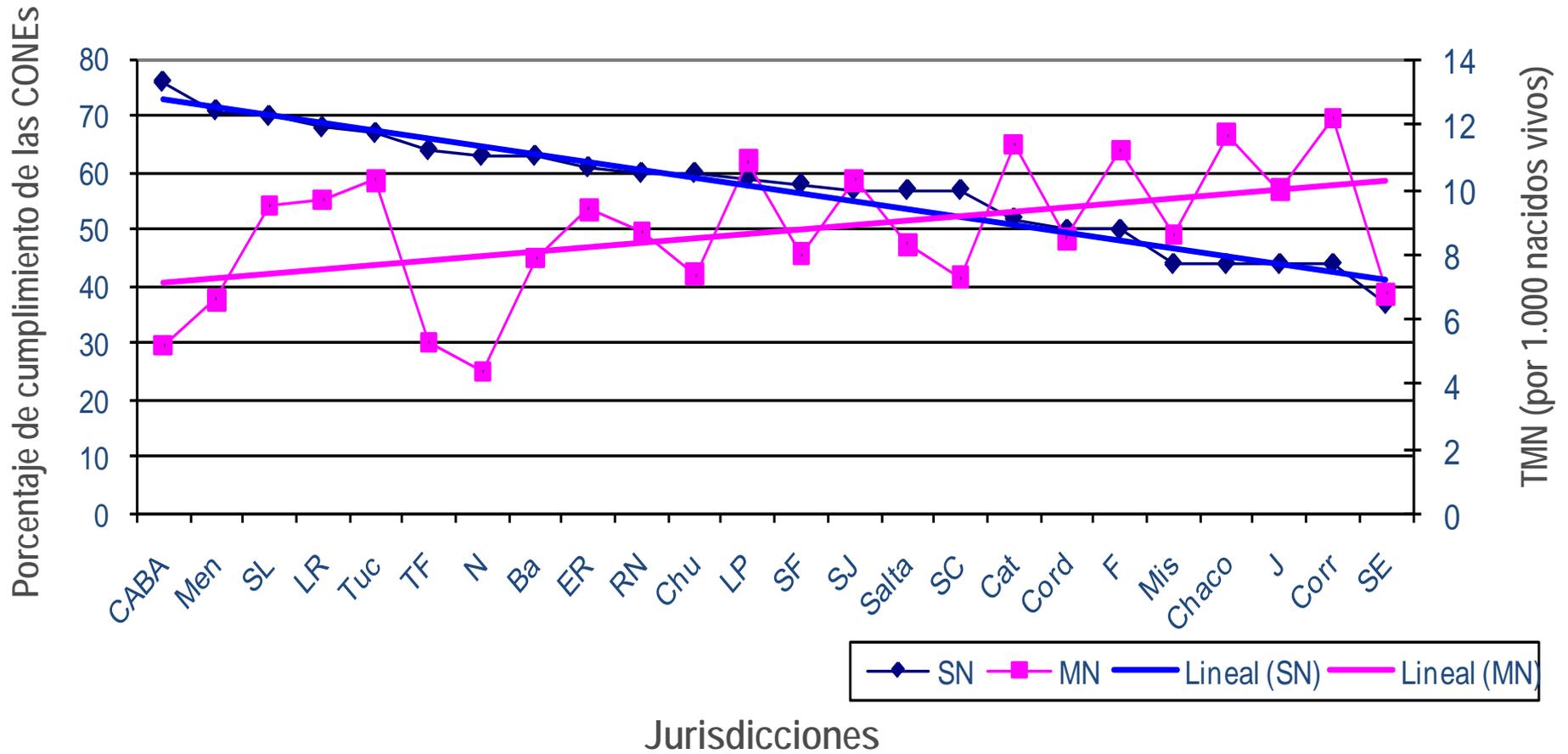
**Asisten 83% de los partos**

**Asisten 17% de los partos**

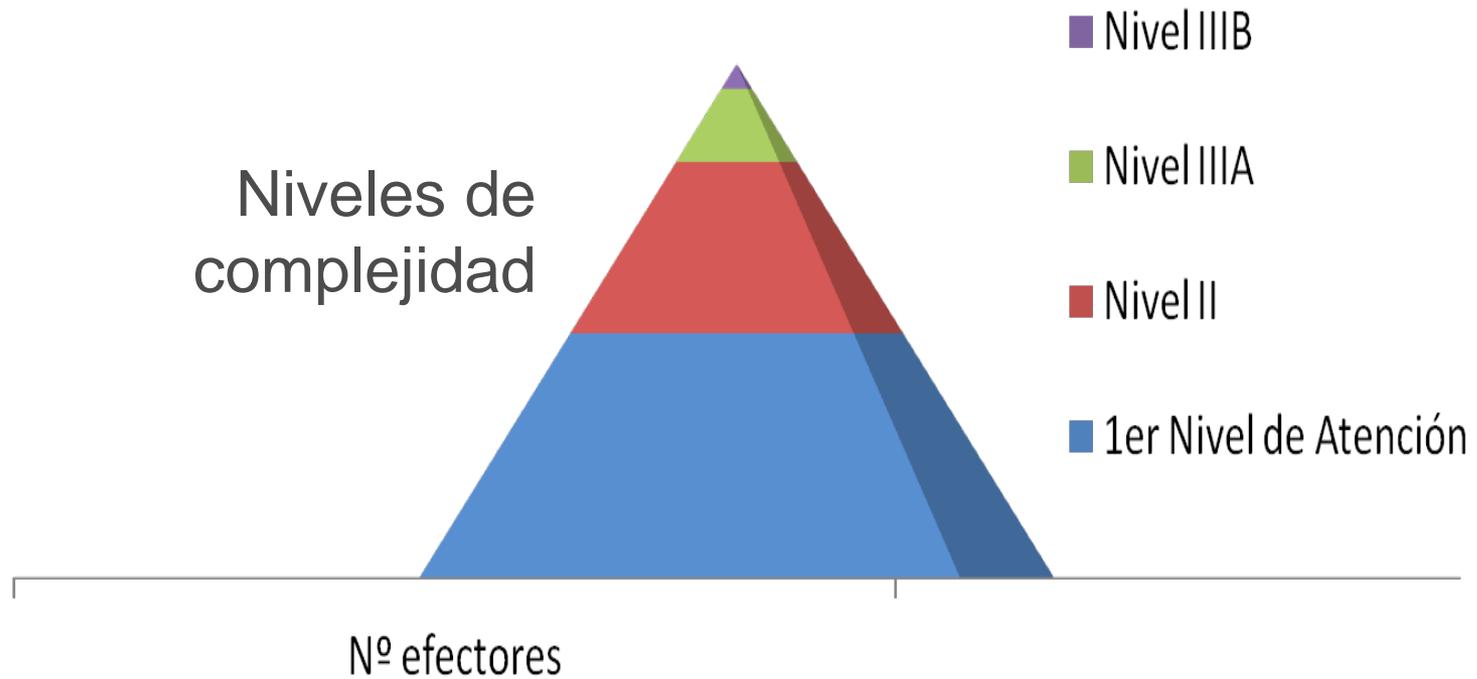
# Relación entre cumplimiento de las CONE y Tasa de Mortalidad Materna por jurisdicción



# Relación entre cumplimiento de las CONE y Tasa de Mortalidad Neonatal por jurisdicción

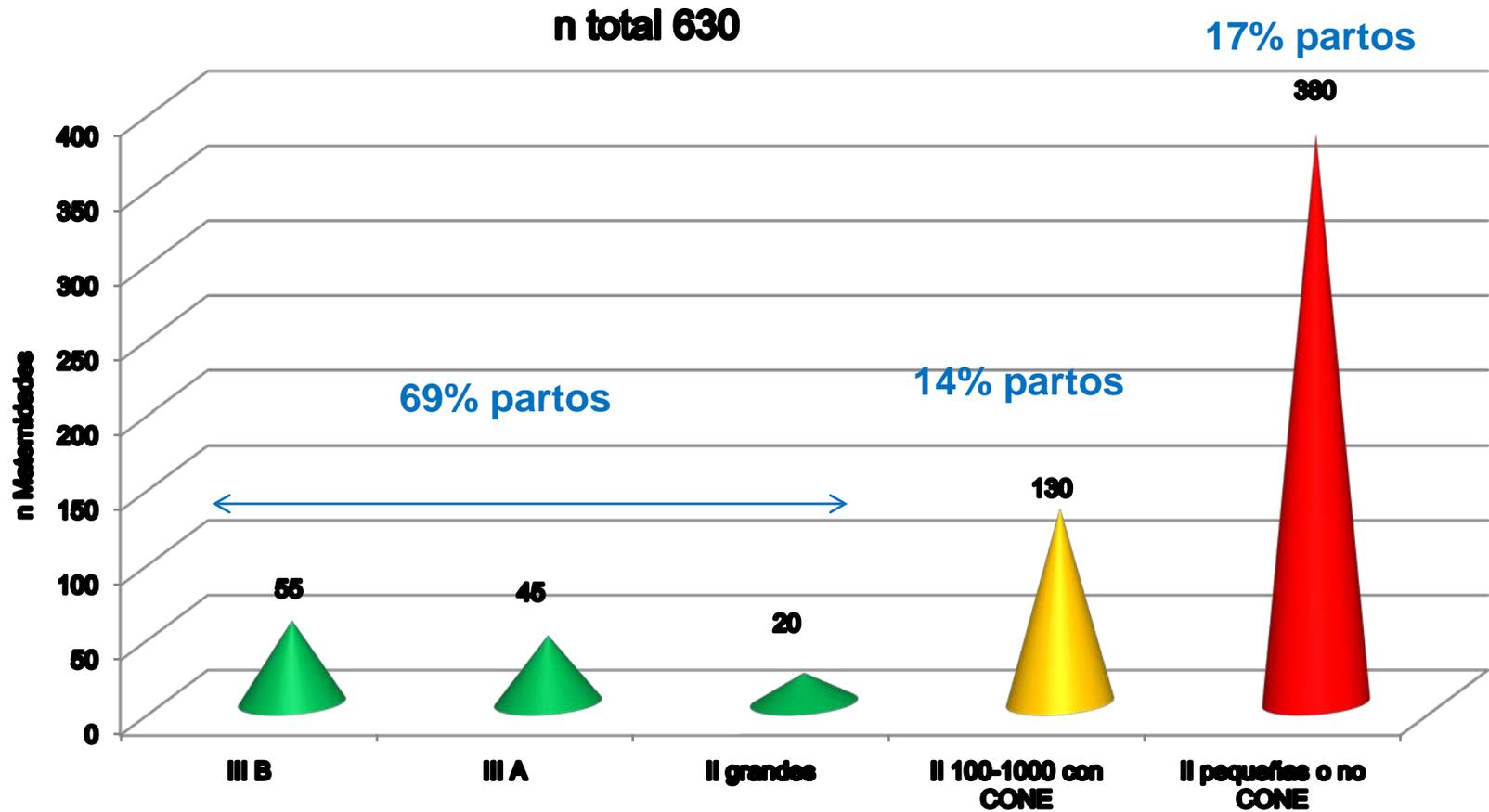


# Un sistema racional de salud



# Maternidades públicas según niveles de complejidad

Resolución Ministerial N° 641/2012



# Regionalización Perinatal

- Todos los niveles deben poder identificar situaciones de riesgo y dar asistencia para estabilizar (RCP-ACORN-EO).
- Atender los nacimientos de <32 semanas en maternidades de Nivel III-B (preferentemente con más de 1000 partos) con CONE.
- Controlar los embarazos de alto riesgo en maternidades de Nivel III.
- Sistema de comunicación.
- Transporte equipado, dotado de personal entrenado.
- Establecer mecanismos adecuados para:
  - *Detección de riesgos.*
  - *Traslados maternos.*
  - *Traslados neonatales.*

# ¿Cómo y quiénes organizan la red?

- Decisión política.
- Equipo del nivel central: planificará y programará.
- Deberá plantearse: actores, instituciones, historias de arrastre organizacional, la resistencia al cambio, conflicto de intereses. Sistema de información.
- Un rol fundamental de este equipo es **sensibilizar** y motivar sobre las acciones a realizar, para ello debe convocar y trasladarse a los niveles locales para efectuar la **motivación y explicitar la necesidad de cambio**.

# Casas de madres

Las maternidades especializadas en atención a las embarazadas de alto riesgo deben contar **una casa para la espera del parto**, por razones de distancia, geográficas o sociales.

El espacio hospedaré a las madres cuyos bebés están internados en la UCIN, permitiendo la continuación del amamantamiento y cuidado

Puede albergar al binomio en forma previa al alta.

**Personal requerido:** obstétricas y/o voluntarias.

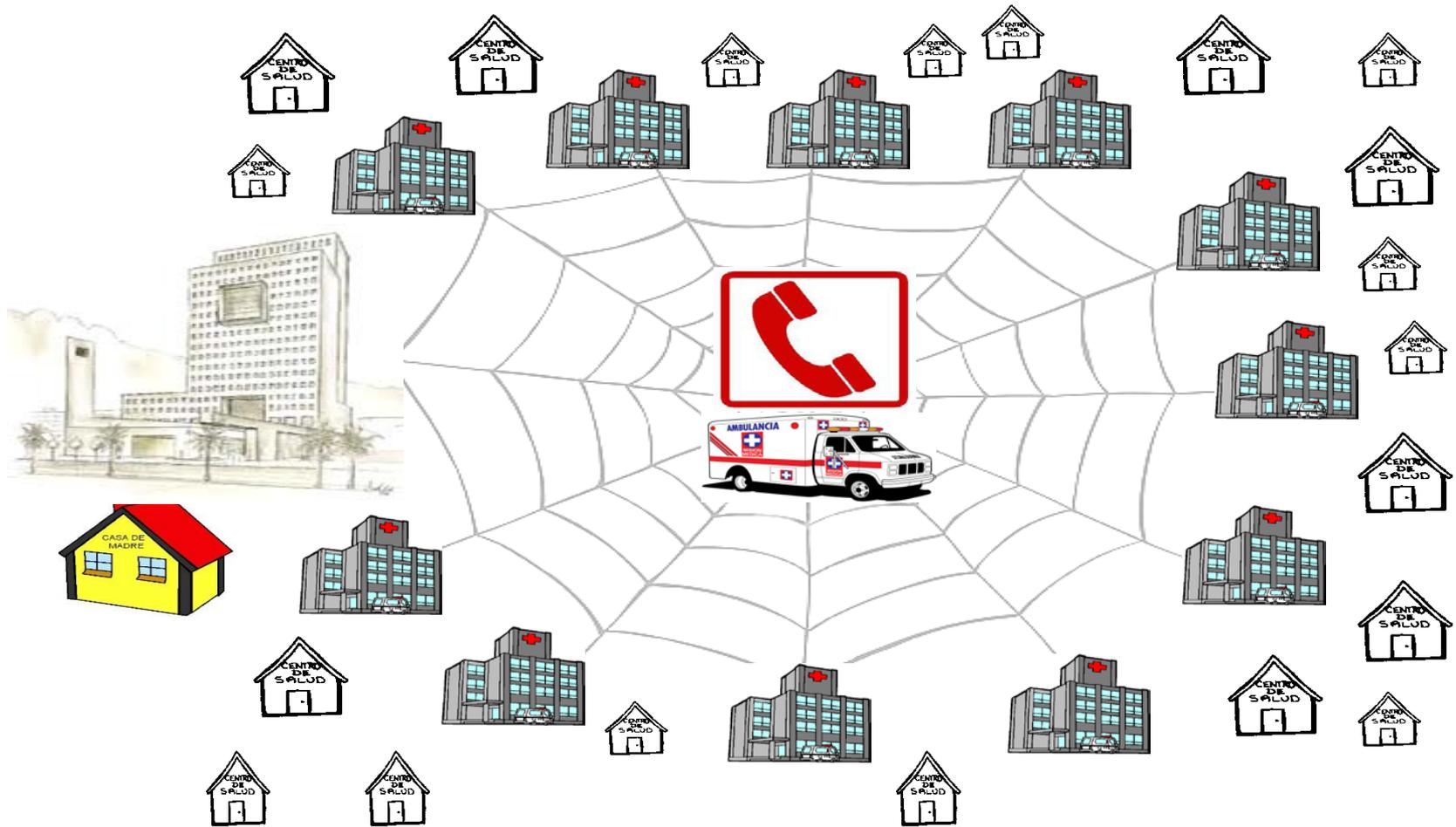
# Establecimiento de una adecuada red de comunicación y traslados

- Elección del tipo de instrumentos de comunicación
  - *Telefonía fija*
  - *Telefonía móvil*
  - *Internet*
  - *Intranet del sistema*
- Para la derivación de la embarazada antes del parto cuando corresponda
- Para el traslado del RN crítico cuando sea necesario
- Para el traslado programado de los niños que requieran consultas por seguimiento
- Nodo central

# Contrareferencia

- **Alta conjunta: consejería, identificación de la familia de riesgo, anticoncepción postevento obstétrico, contrareferencia 1º nivel, SIP**
- **Programa de seguimiento del recién nacido de alto riesgo:**
  - *Capacitación y fortalecimiento de consultorios de seguimiento*
  - *Provisión de Palivizumab*

# Red de Salud Materno-Infantil



# Características de los Niveles de atención neonatal de Bajo, mediano y Alto riesgo

	NIVEL 2	NIVEL 3 A	NIVEL 3 B
TIPO DE PAC	Más 35 S. Bajo riesgo	Más 32 semanas Riesgo medio ARM breve	Menos 32 sem Pac críticos Alto riesgo Pac. Quir.
RR.HH	Pediatras Enfermeras 1:4	Neonatólogo de consulta Pediatras de guardia Enfermeras: 1:2 / 1:8	Neonatólogos de guardia Enfermeras especializadas 1:1 – 1:8

# Pediatras capacitados

- Dar ***atención a RN de término sin patologías previstas.***
- Otorgar ***cuidados básicos y tratamientos de patologías simples.***
- Disponer de reanimación en sala de partos con ***personal entrenado en reanimación cardiopulmonar*** neonatal de acuerdo a estándares internacionalmente aceptados.
- ***Estar capacitados para estabilización*** de los recién nacidos que requieran ser trasladados.
- ***Tener capacidad de trasladar*** a centros de referencia de mayor complejidad, bajo criterios de derivación previamente establecidos.

# Recursos humanos de Obstetricia

- Incorporar a los recursos humanos de Obstetricia a los equipos de salud perinatal.
- Enfatizar que el control prenatal, parto y puerperio de bajo riesgo sea llevado a cabo por este RRHH en todos los niveles de atención, entre otras actividades.
- Ley Nacional del Ejercicio Profesional de la Obstetricia: dictamen aprobado por la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados. Legitima sus funciones de acuerdo a las incumbencias que le otorga actualmente el título de grado universitario.

- **Capacitación en RCP Neonatal:**  
Entrenamiento y capacitación en reanimación neonatal, para todo el personal de salud que trabaja en Sala de partos
- **ACoRN** El objetivo es capacitar en emergencias neonatales, proporcionando conceptos y destrezas para la estabilización neonatal y eventualmente la preparación para un traslado.

# Plan NACER-SUMAR

- Control adecuado del embarazo : Fortalecimiento del control prenatal, oportuno y de calidad:
  - Comienzo precoz
  - Número adecuado de controles
  - Calidad de los controles
  - **Identificación del riesgo**
  - Intervenciones oportunas
- Derivación adecuada y oportuna a maternidad según nivel de complejidad necesario
  - Manejo materno crítico**
  - Manejo neonatal crítico**
  - Resolución quirúrgica neonatal temprana**
- Contrarreferencia al alta a Centro de Atención Primaria para su seguimiento:  
Alta conjunta, **Consultorio de Seguimiento de RN de alto riesgo**

**Plan para la reducción  
de la mortalidad materno  
infantil, DE LAS MUJERES  
Y DE LAS ADOLESCENTES**



Y DE LAS ADOLESCENTES  
DE LAS MUJERES

# Plan operativo para la reducción de la MM, MI, Mujer y adolescentes

## **ACUERDO POLÍTICO: GOBERNADOR-MINISTRO DE SALUD NACIÓN- MINISTRO DE SALUD PROVINCIAL**

FIJACION DE METAS DE MM Y MI 2011-2015:

Planificación Estratégica

Involucrar a los principales decisores y actores del sistema público de atención materno infantil de cada provincia

Detectar los problemas y las fallas en el proceso de atención en todos los niveles de atención

acordar entre todos las formas para superar los nudos críticos.

Diagnóstico y definición del plan de acción en forma participativa

FIRMA ACTA ACUERDO.



un comienzo de vida equitativo

# Objetivos del Programa QUNITA

1. Mejorar la calidad y el número de controles prenatales.
2. Fomentar la estrategia de los nacimientos en Maternidades Seguras, acompañando el desarrollo de un sistema de organización de servicios en red, por niveles de complejidad creciente.
3. Incentivar la estrategia de Alta Conjunta construyendo un espacio de consejería y atención de consultas acerca de los cuidados de la mujer y del niño/a.
4. Fomentar prácticas sanitarias científicamente recomendadas como la lactancia materna y el sueño seguro.
5. Distribuir a los titulares los elementos necesarios para la crianza y cuidados de la madre y del niño/a.

# 5 Distribuir a los titulares los elementos necesarios para la crianza y cuidados de la madre y del niño/a

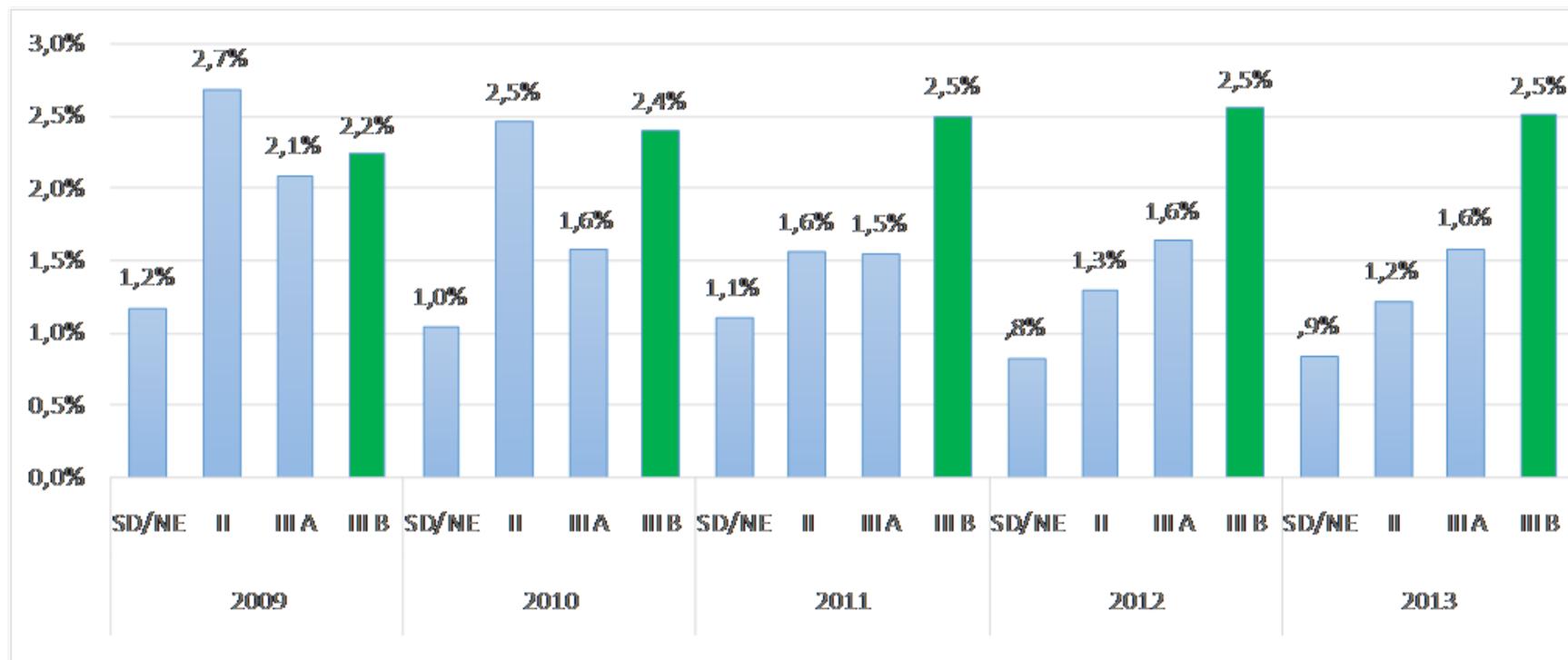


# Evolución de Nacidos Vivos en maternidades que cumplen CONEs

- **En el año 2010: 83%** de los partos en instituciones públicas fueron en maternidades CONE.
- **En el año 2012: 89,5%** de los partos en maternidades CONE.
- **En el año 2014: 90,5%** de los partos en maternidades CONE.
- **Con información actualizada de las Maternidades a Julio 2015: 92,1%** de los partos en maternidades CONE.

	Con CONEs		Sin CONEs	
	Nro.	%	Nro.	%
NV	401.060	92,1%	34.403	7,9%
Maternidades	283	55,8%	224	44,2%

## Porcentaje de nacimientos de recién nacidos de MBPN de acuerdo a su categorización-SIP



# Desafíos

- Empoderar a la comunidad para que ejercite sus derechos.
- Lograr que en todas las jurisdicciones se organice la regionalización perinatal.
- Lograr que el 100% de los partos institucionales se realicen en maternidades con CONE y según complejidad.
- Lograr los mejores estándares de calidad de atención: acreditar servicios y hospitales.
- Incluir al sector de Obras Sociales Provinciales, Nacionales y Prepagos

***“La salud es una decisión política”***  
**Ramón Carrillo**



Ministerio de  
Salud



Presidencia  
de la Nación