

# **4° CONGRESO ARGENTINO DE NEONATOLOGÍA**

**Políticas públicas  
Regionalización de la atención perinatal  
Obstáculos y facilitadores**

23 de mayo 2019

Dra. Ana M. Speranza  
Departamento Materno Infantil  
Ministerio de Salud GCBA

TODA MUJER TIENE DERECHO A UN EMBARAZO PLANIFICADO, A UN CONTROL PRENATAL INTEGRAL Y A UN PARTO SEGURO Y RESPETADO

TODO NIÑO TIENE EL DERECHO A NACER EN EL NIVEL DE COMPLEJIDAD QUE POR RIESGO LE CORRESPONDE

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

# 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

# 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 en Argentina

- **2008, diciembre:** Reunión del COFESA. Inicio del Plan Estratégico de Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil.
- **2009-2010:** 2º Evaluación de maternidades: cumplimiento de CONE
- **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 el 1º Documento «Regionalización de la atención perinatal» OPS/CLAP.**
- **2011: Plan Nacer:** paga partos solo a maternidades que cumplen CONE
- **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-

- **2010-2015:** 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.
- **2012-2013:** Programa NACER-SUMAR incluyen el Paquete Prestacional de Alta Complejidad Perinatal

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





# 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 decisores y actores del sistema público de atención MI de cada provincia
- Detectar problemas y fallas del proceso de atención en todos los niveles. Resolución conjunta de nudos críticos.
- Plan de acción en forma participativa

FIRMA ACTA ACUERDO

# Regionalización Perinatal: ¿Por qué?

- En el 1er nivel: empieza la Regionalización Perinatal: 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 85% 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.

# Maternidades Seguras: Requisitos Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE)



**OMS 1986**

# Maternidades Oficiales: 2003-2004

**715 Maternidades Públicas**

**Cumplimiento de CONEs**

**44% cumplen CONEs**

**56% no cumplen  
CONEs**

**Asisten 83% de los  
partos**

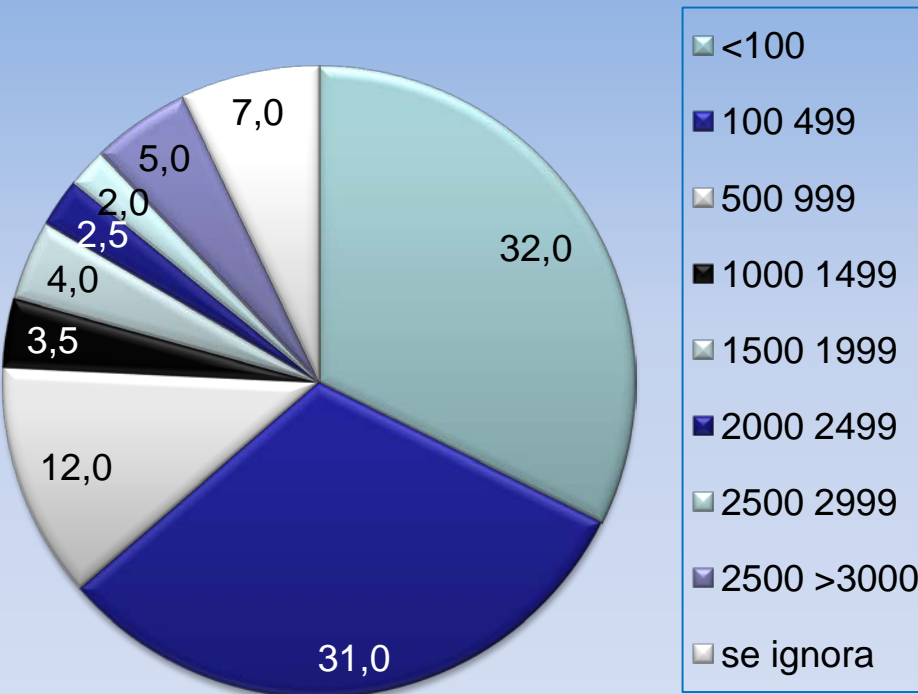
**Asisten 17% de los  
partos**

✓ **85%**  
realizan  
menos  
de 1.000  
partos  
anuales.

✓ **32%**  
menos  
de 100

# Maternidades públicas según n° de partos anuales (%). Argentina 2010-2011 vs. 2003-2004

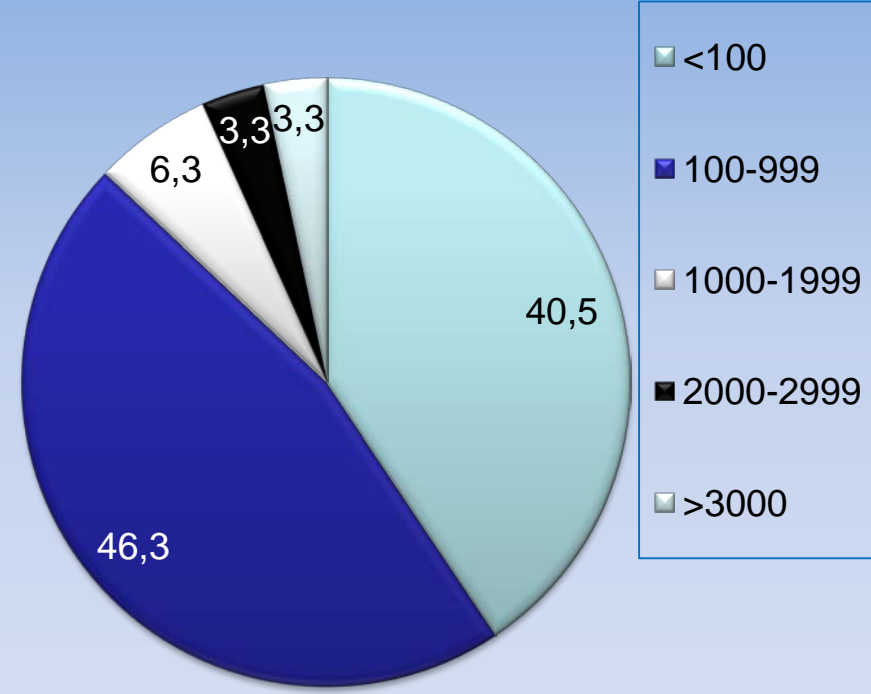
2010- 2011



< 1000 partos: 75%

N total 715, evaluadas 630

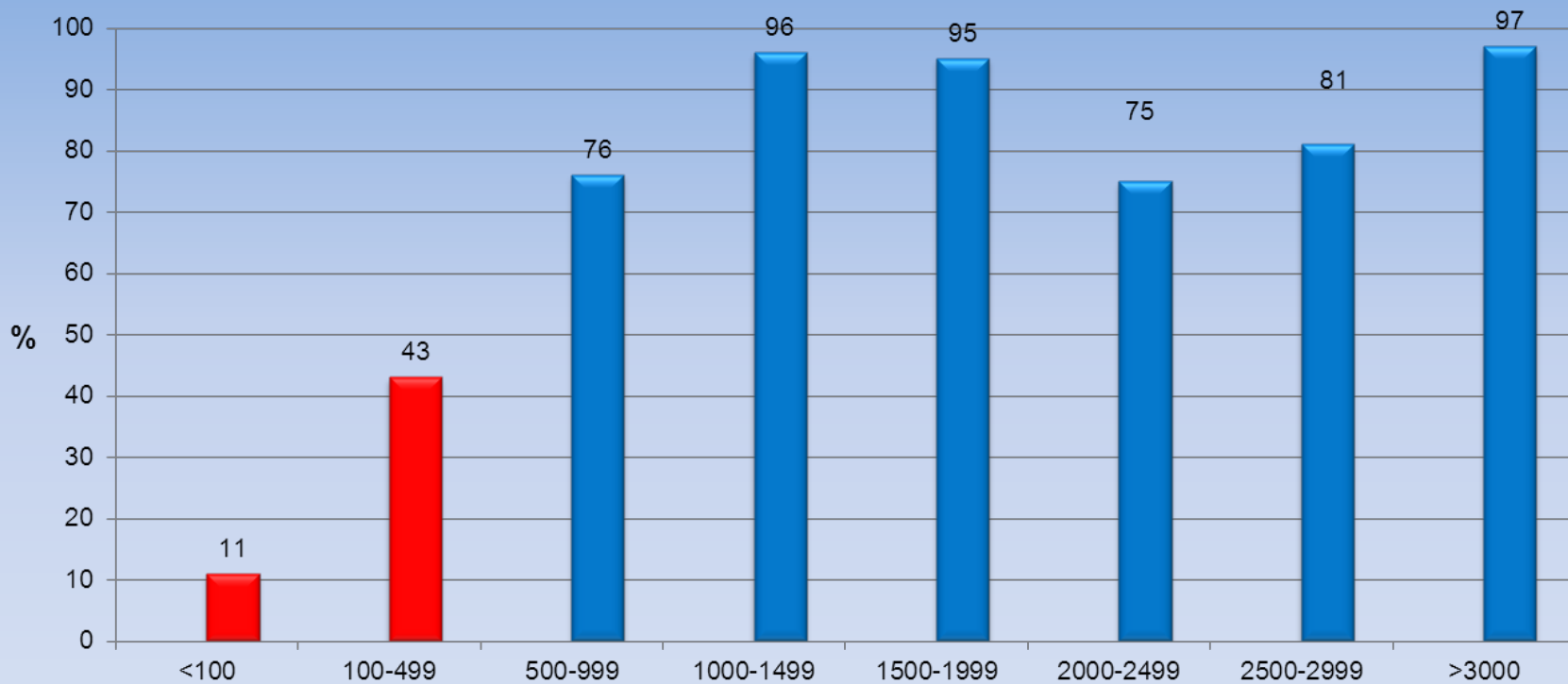
2003- 2004



< 1000 partos : 86,8%

N total 876, evaluadas 768

# Porcentaje de cumplimiento de CONE según número de partos anuales. 2010 - 2011





# Adecuación del Perfil del Riesgo y Nivel de Complejidad

NIVEL II	NIVEL IIIA	NIVEL IIIB
<p>Embarazos de más de 35 semanas</p> <p>Peso RN más de 2500 gramos</p> <p>Bajo riesgo</p>	<p>Embarazos de más de 32 semanas</p> <p>Peso RN &gt; 1500 gramos</p> <p>Riesgo medio</p> <p>ARM breve</p>	<p>Embarazo de menos de 32 semanas</p> <p>Peso &lt; 1500 gramos</p> <p>Pacientes críticos</p> <p>ARM compleja o extensa</p> <p>Alto riesgo obstétrico/neonatal</p> <p>Pacientes Quirúrgicos.</p>

# 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

# 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 hospedará 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.

# Red de Salud Materno Infantil



# ¿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.

# OBSTACULOS para la RAP

- **POLÍTICAS:** condicionamientos políticos, falta de apoyo explícito, necesidad de acuerdos entre sectores e interjurisdiccionales, oposición de sindicatos
- **RRHH:** falta de profesionales en NOA, NEA, Patagonia, falta de incentivos, formación y capacitación, bajos salarios, falta de compromiso
- **ECONÓMICAS:** falta de infraestructura, equipamiento
- **COMUNICACIÓN:** insuficiente información a todos los niveles en cuanto significa la Regionalización Perinatal
- **GEOGRÁFICAS:** vinculadas a la topografía de cada jurisdicción
- **CULTURALES:** respecto a los usos y costumbres de la población
- **ORGANIZACIONALES:** incapacidad organizacional para conformar redes según nivel de complejidad

# FACILITADORES

- Decisión **POLÍTICA NACIONAL** y continuidad de la misma pese a los cambios de administración
- Hay **CONSENSO UNÁNIME** de las áreas técnicas provinciales que ésta es la estrategia para reducir la morbimortalidad MI
- **Apoyo de Organismos Internacionales:** OPS – UNICEF: publicación del Manual «Maternidad Segura y Centrada en la Familia», apoyo a Casa de Madres en varias jurisdicciones
- **CONTINUIDAD** de la capacitación y asistencia técnica
- Acompañamiento del **PLAN NACER-SUMAR**
- Contar **con información** consolidada del SIP
- **Experiencias exitosas** en varias jurisdicciones
- **Leyes Nacionales, Provinciales y Resoluciones Ministeriales**

# Marco Legal: Ley de Parto Humanizado Nº 25929. Reglamentada en el 2015

## LA MADRE TIENE DERECHO

A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pueden tener lugar durante el parto y postparto y

A participar activamente en las decisiones que acerca de su hijo o

A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo

alternativas distintas si es que existen

A ser informada desde el embarazo, sobre los beneficios de la

actuaciones de los profesionales

A elegir a su lado a una persona sana, de modo que se facilite

A un parto respetuoso de los tiempos biológicos y

psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de

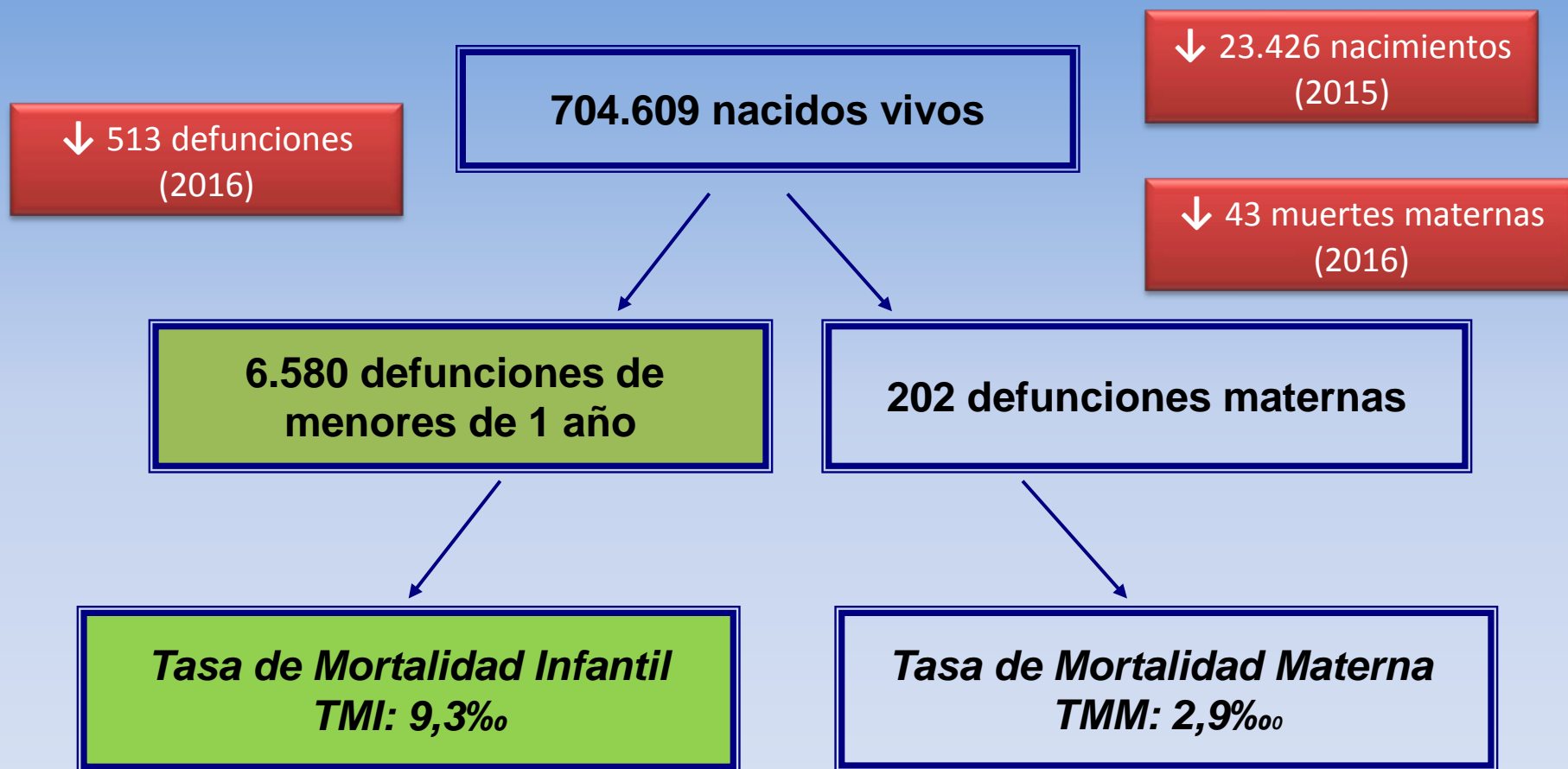
requiera de cuidados especiales.  
medicación que no estén justificados



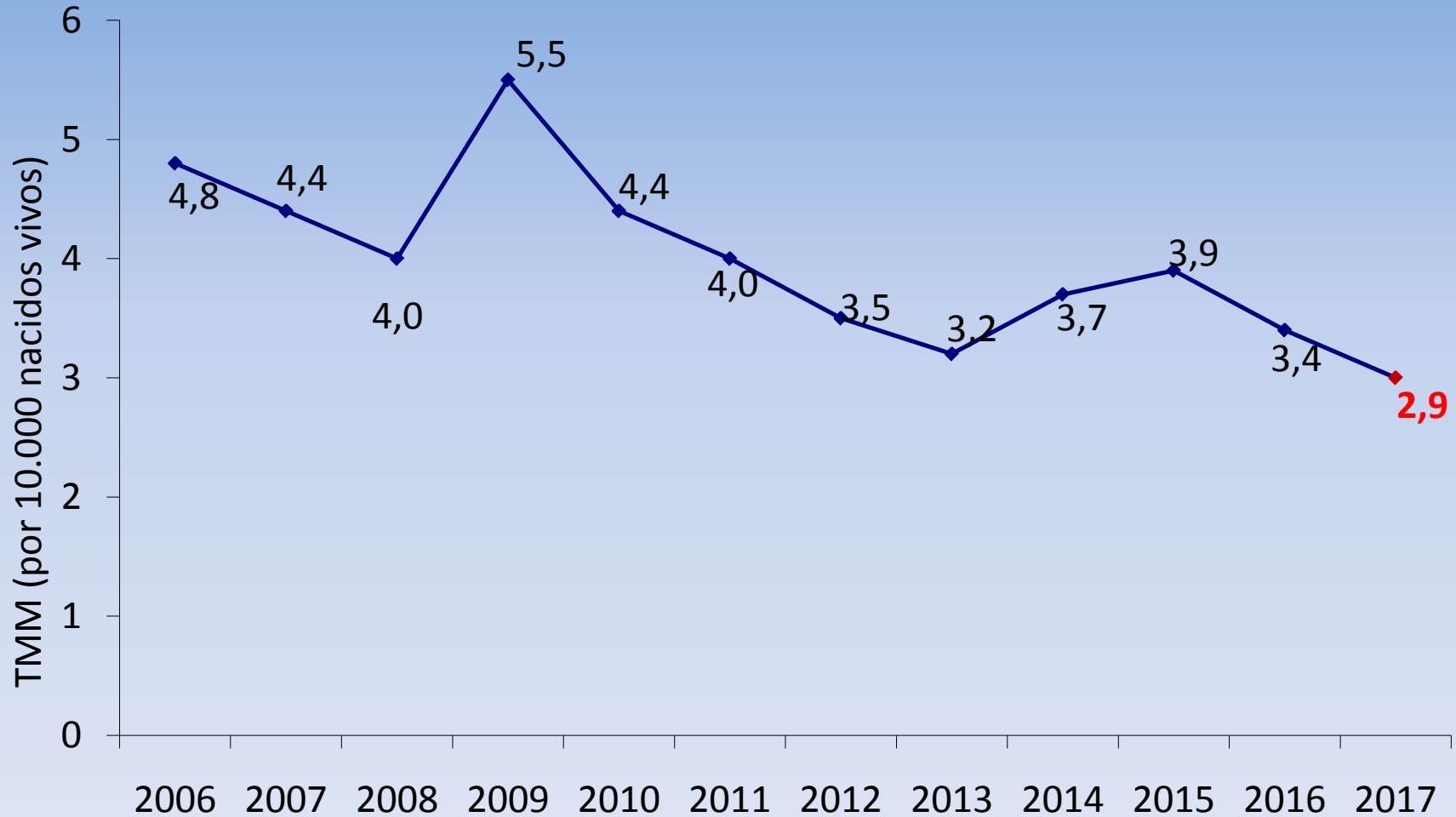
## **Ley 26485: Violencia contra las mujeres**

e) Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.

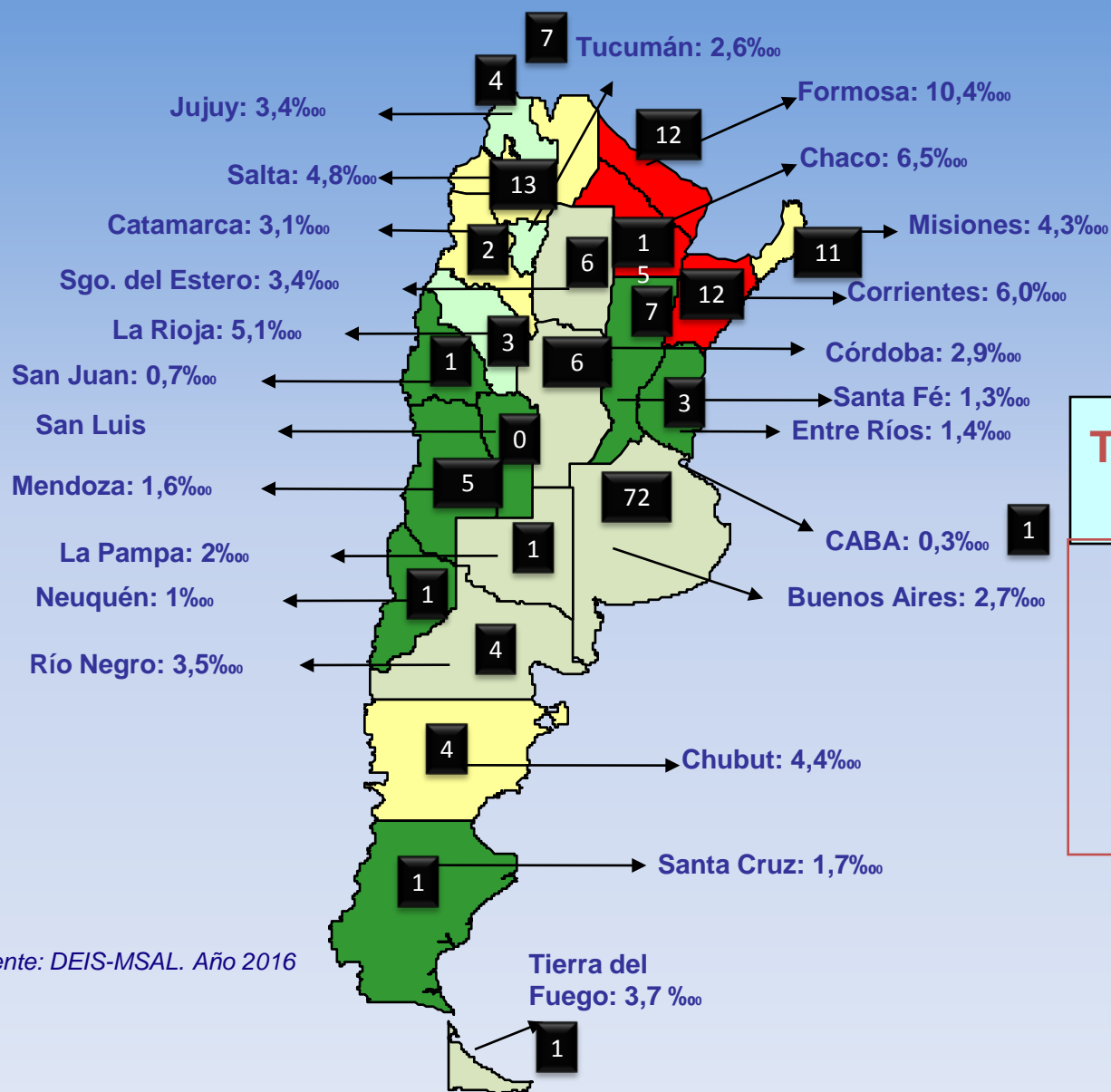
# Estadísticas Vitales Argentina . 2017



# Evolución de la Tasa de Mortalidad Materna (TMM). Total País. Argentina. Años 2006 a 2017.



# Tasa de Mortalidad Materna - República Argentina. 2017

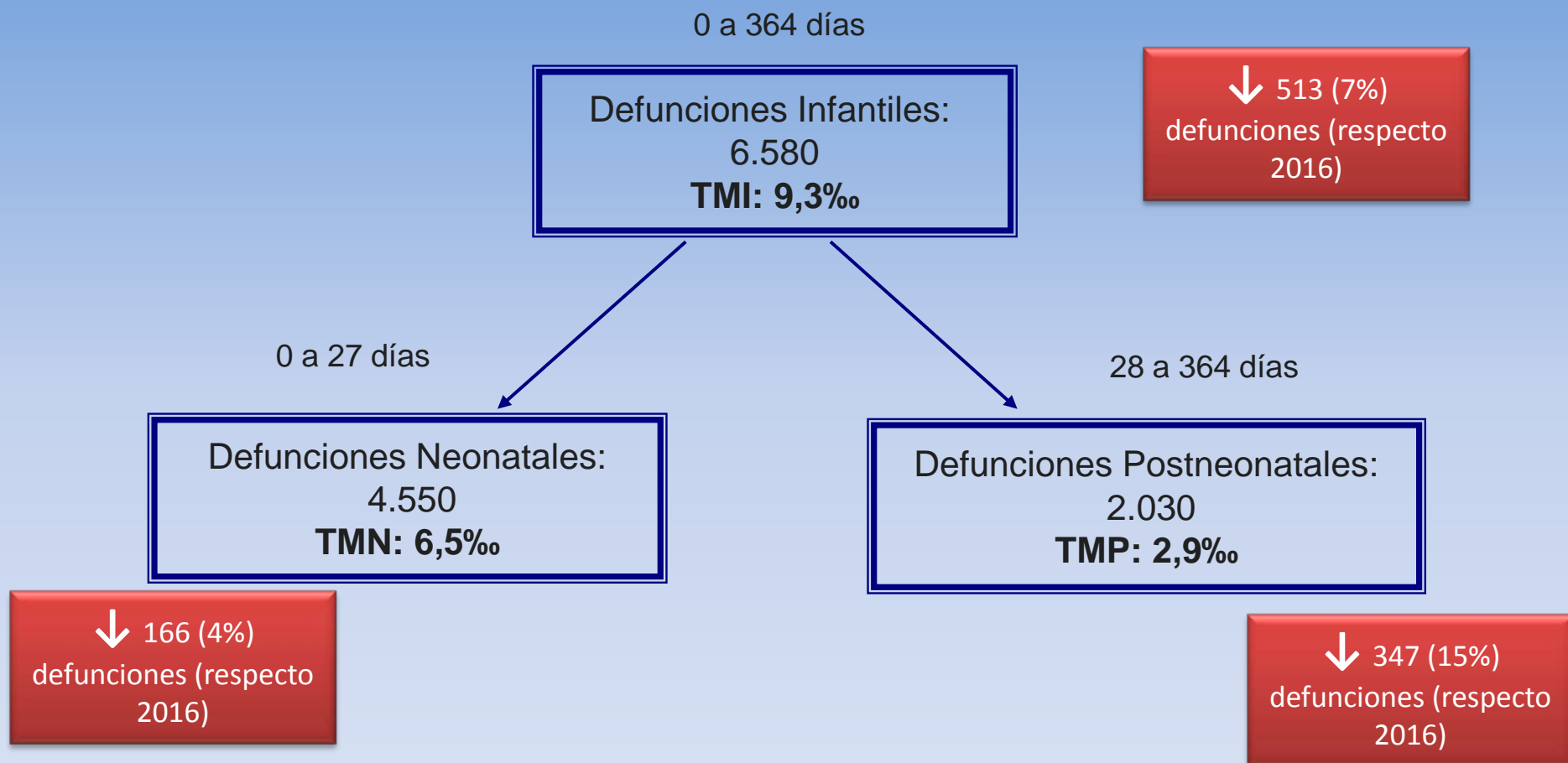


**TMM Total País  
2017: 2,9‰**



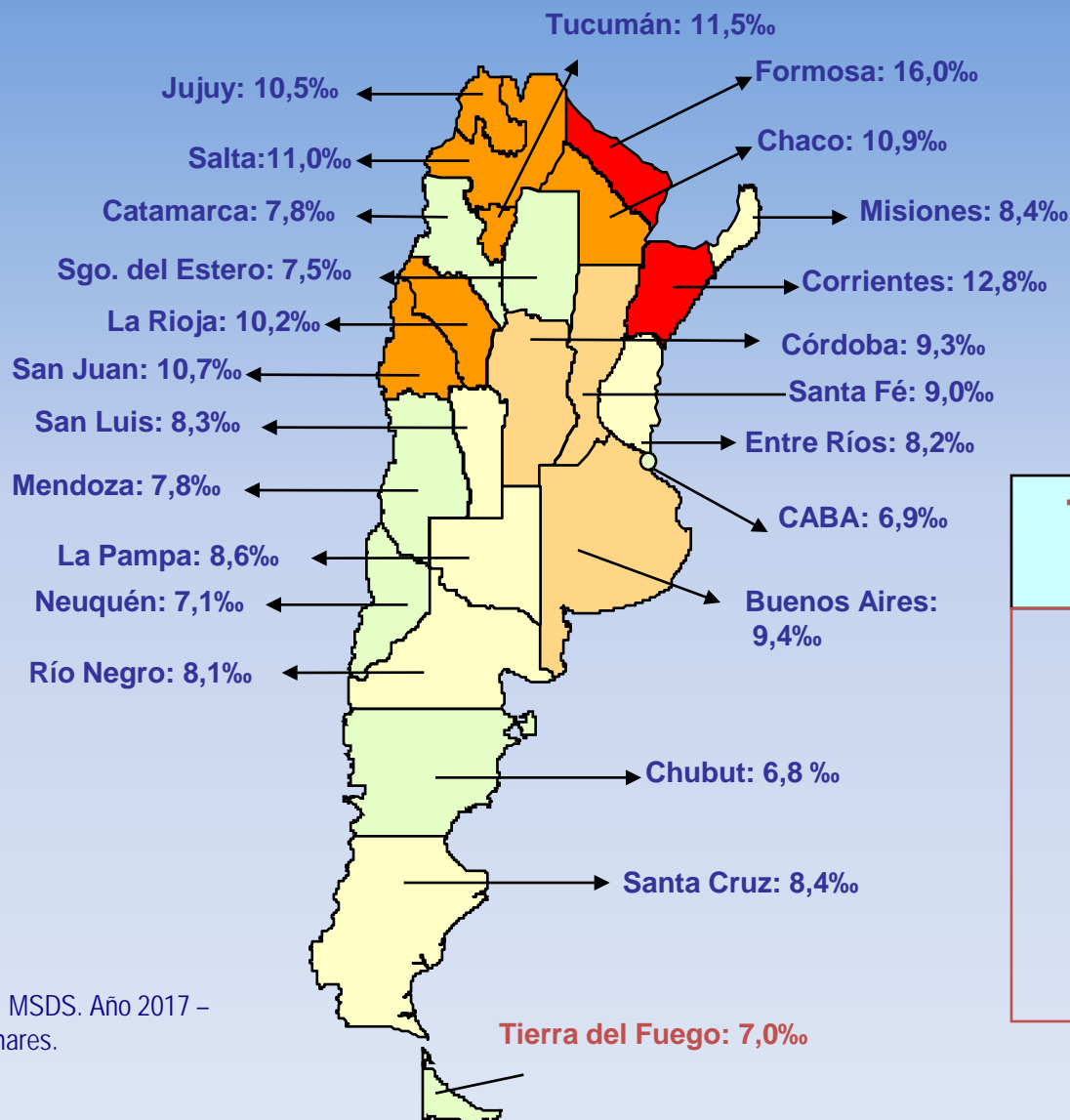
Fuente: DEIS-MSAL. Año 2016

# Mortalidad Infantil según componentes

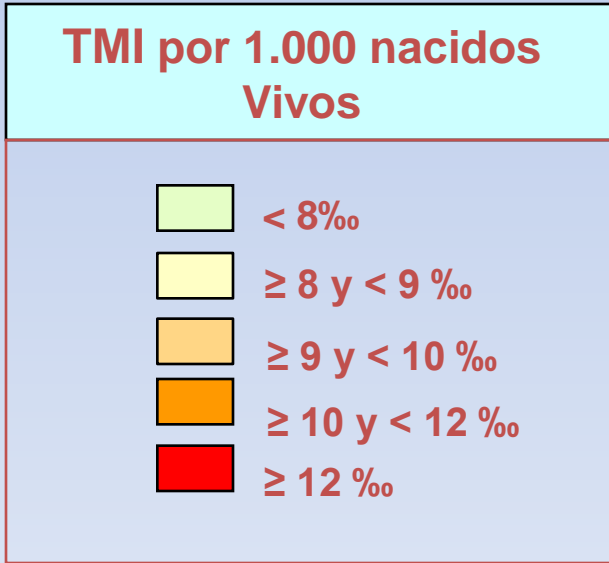


Fuente: DEIS. MSDS. Año 2017 .

# Tasa de Mortalidad Infantil - República Argentina. 2017



**TMI Total País  
2017: 9,3‰**



Fuente: DEIS. MSDS. Año 2017 –  
Datos preliminares.

# Maternidades Oficiales: 2017

**486 Maternidades Públicas**

✓ **419.984 nacidos vivos**

**Cumplimiento de CONEs**

**63.2% cumplen CONEs**

**36.8% no cumplen CONEs**

***Asisten 94.3% de los partos***

***Asisten 5.7% de los partos***

# Evolución de Nacidos Vivos en maternidades que cumplen CONEs: Sector oficial

- **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.
- **En el año 2015: 92,1%** de los partos en maternidades CONE.
- **Con información actualizada de las Maternidades 2017: 94,3%** de los partos en maternidades CONE.



# Desafíos

- Empoderar a la comunidad para que ejercite sus derechos.
- Lograr que en todas las jurisdicciones se haga efectiva la regionalización perinatal.
- Mejorar la comunicación de esta estrategia en todos los niveles
- Lograr que el 99 % de los partos institucionales se realicen en maternidades con CONE y según complejidad.
- Lograr los mejores estándares de calidad de atención
  - acreditar hospitales y servicios definiendo nivel de complejidad.
- Incluir al sector NO Público para el cumplimiento de CONE, categorización de servicios, información de indicadores, etc

# Cantidad de establecimientos según número de nacimientos anuales según tipo de efector

<b>Nº nacimientos anuales</b>	<b>Nº Establecimientos</b>	<b>PUBLICOS</b>	<b>NO PUBLICOS</b>
<b>&gt; de 3000</b>	6	2	4
<b>2000 a 2999</b>	8	3	5
<b>1000 a 1999</b>	16	6	10
<b>500 a 999</b>	6	1	5
<b>100 a 499</b>	5	–	5
<b>&lt; de 100 *</b>	43	–	43
<b>Nº establecimientos</b>	84		

- \*incluye 1 establecimiento sin maternidad, que asiste partos programados ante situaciones de complejidad feto neonatal.

***“En el origen de la mortalidad y morbilidad es tan importante la mala organización como la falta de competencia clínica”***

***Dr. Pedro de Sarasqueta***

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

***R. Carrillo***