

CO.FE.SA.

ESTRATEGIAS DE ABORDAJE MORTALIDAD MATERNA Y MORTALIDAD INFANTIL

NOVIEMBRE 2008



Ministerio de Salud
PRESIDENCIA DE LA NACION



OBJETIVO GENERAL

Definir **ESTRATEGIAS INTEGRALES DE REDUCCIÓN DE LA MORBI-MORTALIDAD INFANTIL Y MATERNA**

Estrategias que consistan en:

- ❖ Lograr la **PLANIFICACIÓN DE LOS EMBARAZOS**
- ❖ Ampliar y optimizar la **COBERTURA, ACCESIBILIDAD, ATENCIÓN e INTEGRALIDAD** en la prestación de salud
- ❖ **RECONVERTIR y FORTALECER** las grandes maternidades, **IMPLEMENTAR y POTENCIAR** las **MATERNIDADES SEGURAS** y **RE-ORGANIZAR** su funcionamiento
- ❖ **JERARQUIZAR** la **ATENCIÓN CALIFICADA y CAPACITADA** para la atención oportuna y cuidados necesarios en los sectores sociales vulnerables, focalizando en el fortalecimiento de la **REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA** y de las **REDES DE DERIVACIÓN** como mecanismos de coordinación y optimización de los servicios

**DESARROLLO DE
CONCLUSIONES
de los
CORESA
(a continuación)**

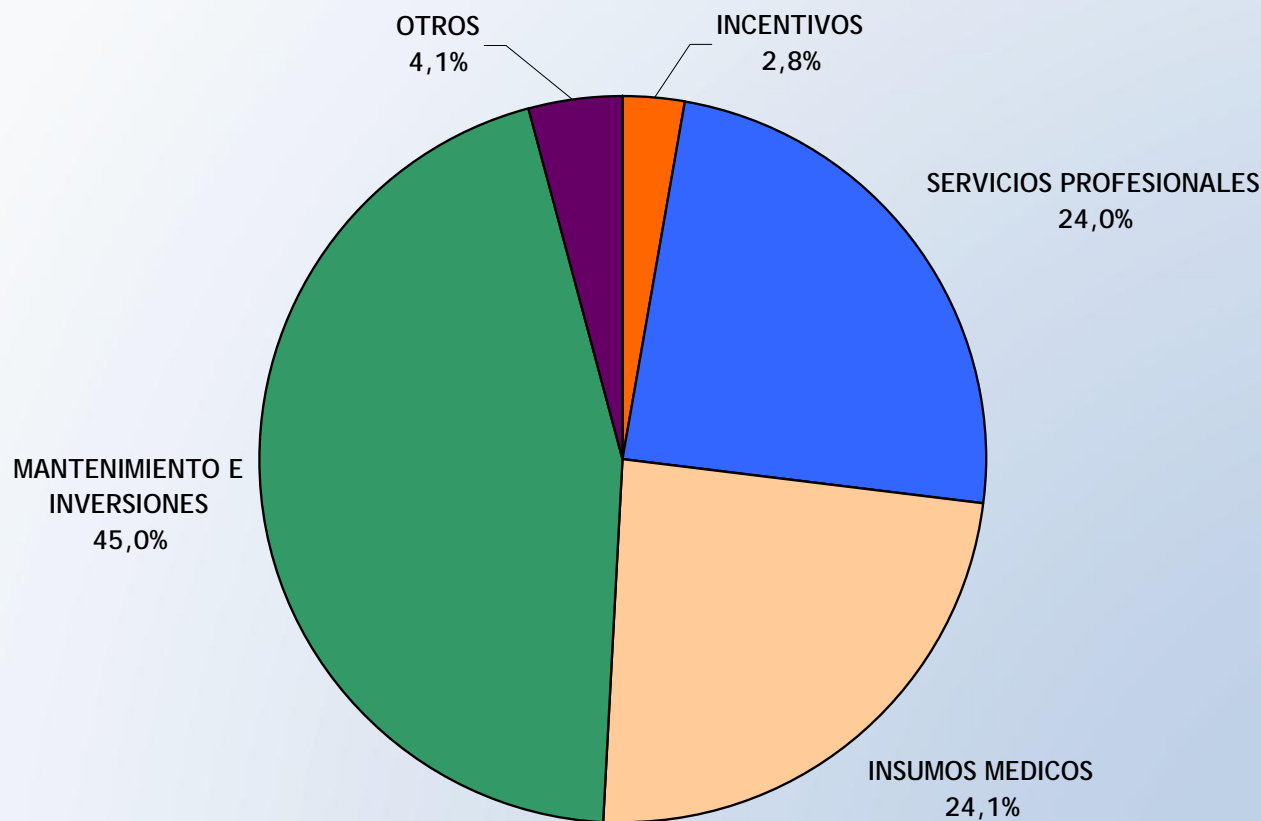
CONCLUSIONES CORESA

MODELO DE GESTIÓN

- FORTALECIMIENTO E INTEGRALIDAD DEL TRABAJO DE LOS EQUIPOS DE LOS PROGRAMAS MATERNO INFANTILES Y DE SALUD SEXUAL PROVINCIALES Y ARTICULACION CON PLAN NACER
 - Reuniones de planificación a nivel central (nación y pcia) - MODELO DE CÓRDOBA
- PLAN NACER: REVISION DEL NOMENCLADOR Y USO DE FONDOS DE LOS EFECTORES, SEGÚN METAS SANITARIAS
 - Análisis de la disparidad de prácticas y precios entre provincias
- SISTEMAS DE INFORMACION (SIP - CMDB)
 - Variables elegibles a definir
 - Agilización en la devolución de datos
- NOMINALIZACIÓN DE TODOS LOS DESTINATARIOS DEL SISTEMA SANITARIO
- TRABAJO CON POBLACIÓN A CARGO Y RADIOS DE COBERTURA (EQUIPOS DE SALUD A CARGO DE X FAMILIAS)
- NOMINALIZACIÓN DE LA ENTREGA (ARTICULACIÓN ENTRE CMDB - NACER - REMEDIAR)

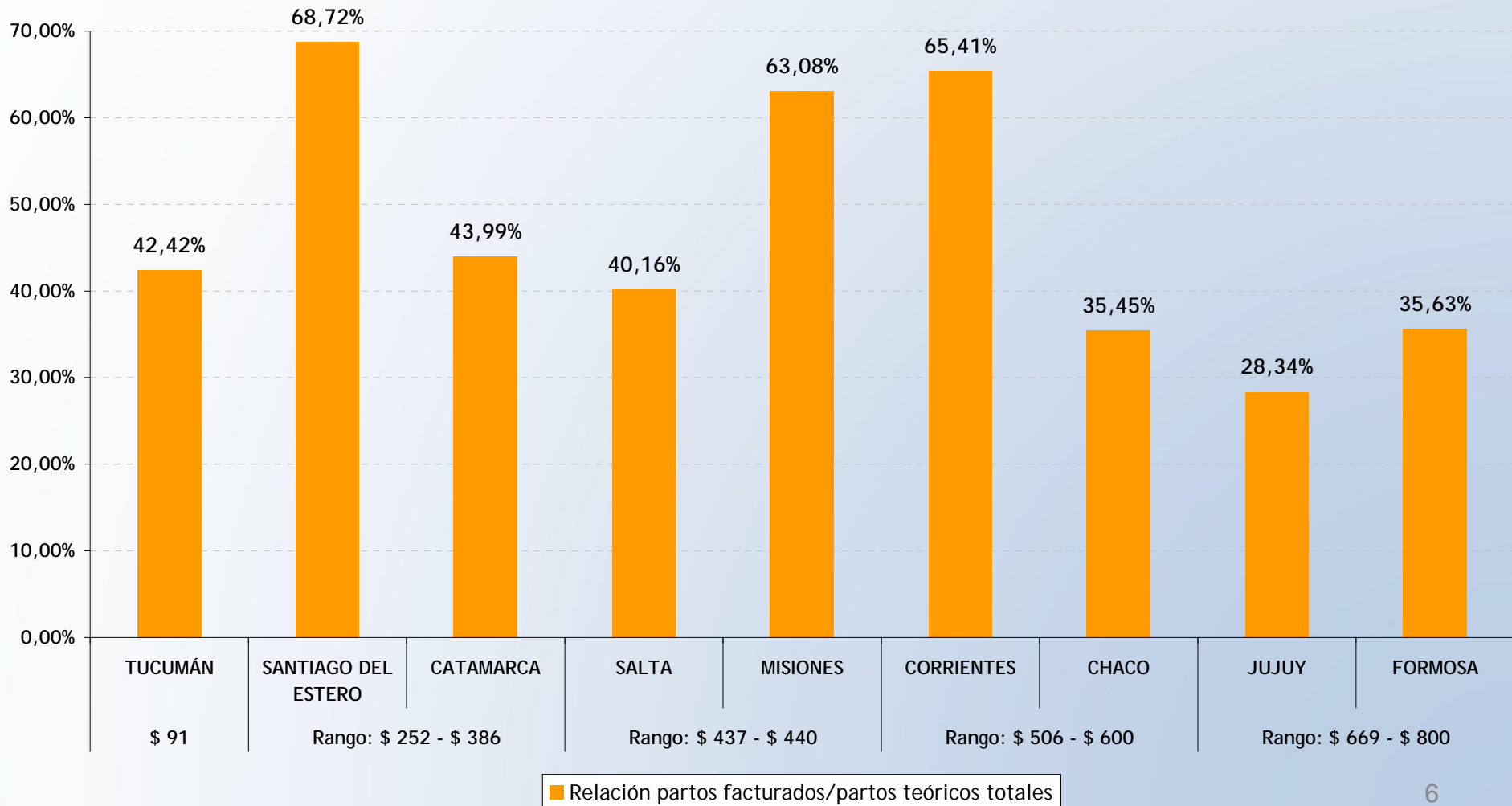
Uso de Fondos – Regiones Fase II del Plan Nacer

Uso de Fondos por los Efectores de las regiones de la Fase II del Plan Nacer
El monto gastado a Junio 2008 asciende a \$1.177.758

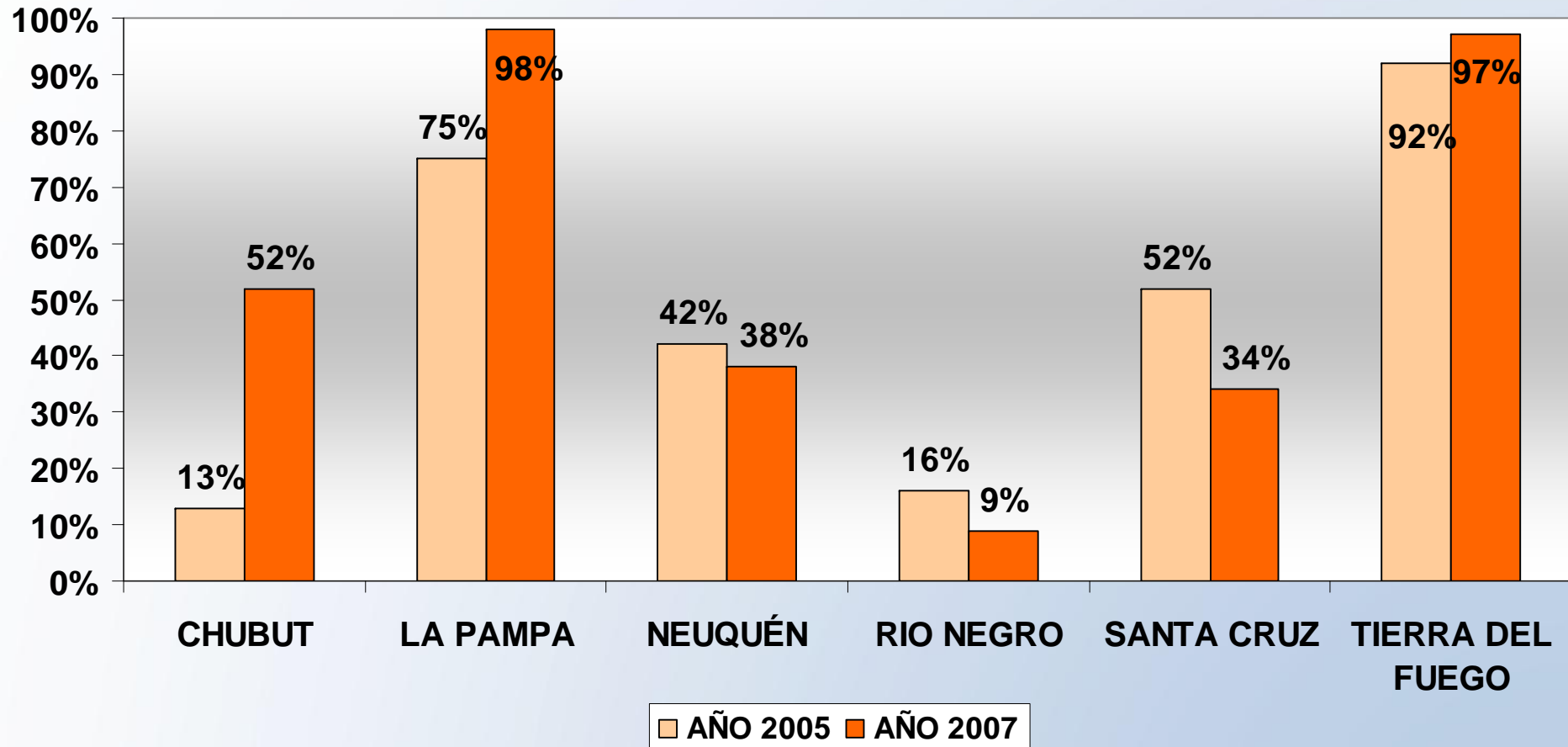


UTILIZACIÓN DE FONDOS DEL PLAN NACER

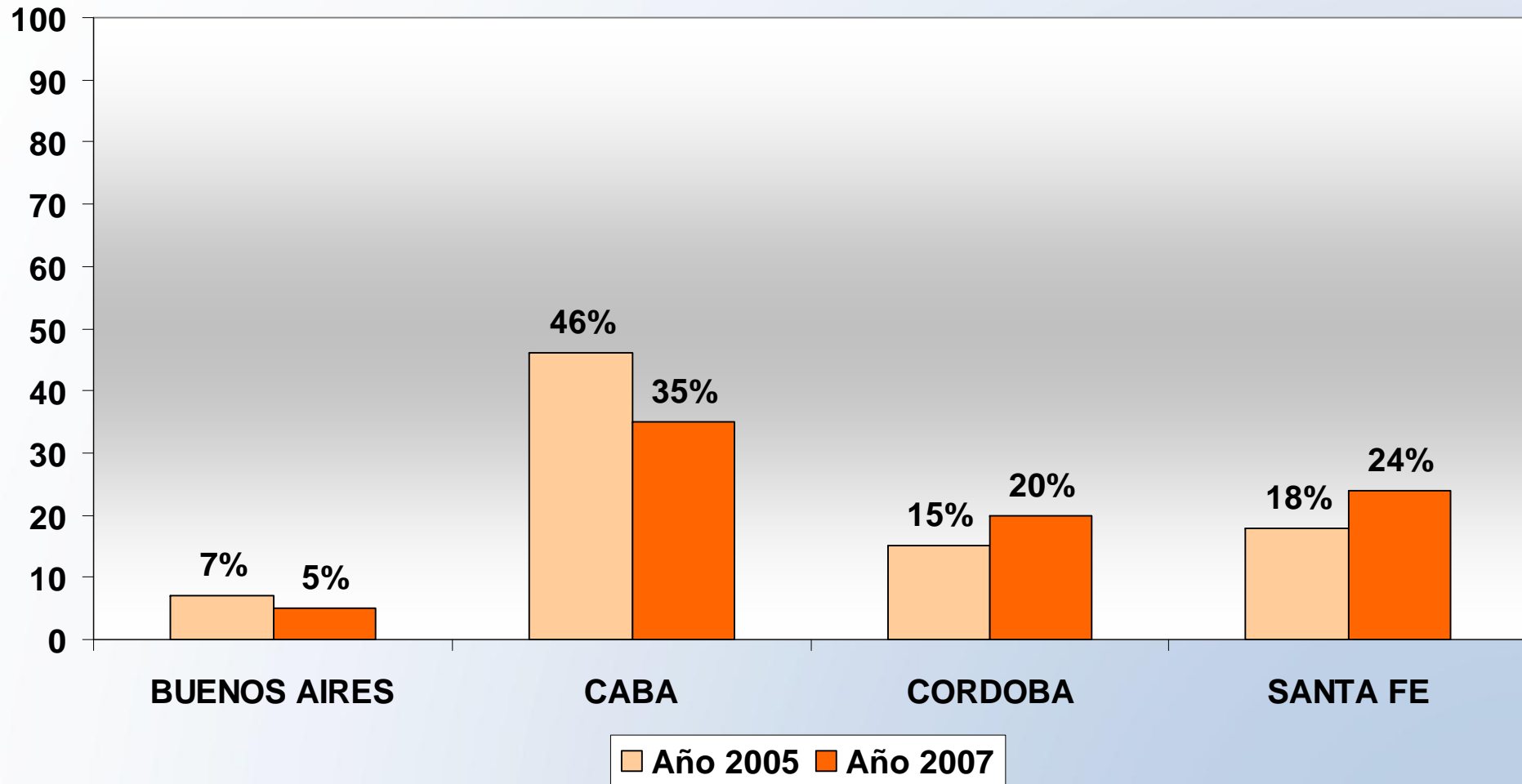
Tasa de uso del Plan Nacer para partos por rangos de precios de nomenclador de prácticas por provincias del Norte | Ene08-Ago08 |



ANÁLISIS DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN PROGRESIÓN COBERTURA SIP - PATAGONIA



ANÁLISIS DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN PROGRESIÓN COBERTURA SIP - CENTRO



Conjunto Mínimo de Datos Básicos del Primer Nivel de Atención

Objetivos:

- Conocer un conjunto mínimo de datos básicos para todos los pacientes a los que se brinda atención ambulatoria
- Información esencial para la gestión en salud
- Programación local
- Planificación jurisdiccional y nacional
- Investigaciones especiales sanitarias y epidemiológicas
- Cálculo de costos de atención

Historia y situación actual:

- Creación de grupo de trabajo integrado por: Remediar, Plan Nacer, Maternidad e Infancia, Profe, FEAPS, DEIS
- Se realiza la Prueba Piloto en cinco provincias: Jujuy, Mendoza, Misiones, Buenos Aires y Chubut

¿Aplicación del instrumento a nivel nacional en 2009?

SISTEMA DE INFORMACIÓN

HAY QUE ALCANZAR UNA NUEVA ESTRATEGIA SIP
ARTICULAR UN SISTEMA DE INFORMACIÓN QUE VINCULE

CLAP

SIP

NACER

CMDB

Variables elegibles a definir

Agilización en devolución de datos

CONCLUSIONES CORESA

MODELO DE ATENCIÓN / SALUD COMUNITARIA

- JERARQUIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD COMUNITARIA (Nomenclador) PARA LOGRAR MEJORAR LA BUSQUEDA ACTIVA Y ACOMPAÑAMIENTO DEL BINOMIO
- FORTALECIMIENTO DEL 1° NIVEL DE ATENCIÓN A TRAVÉS DE NUEVOS ACTORES: PROMOTORES Y OBSTÉTRICAS (UNIFICACIÓN DE LA RETRIBUCIÓN DEL RR-HH EN EL 1° NIVEL)
- FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE CONSEJERÍAS: EDUCACION SEXUAL, CONSEJERIA POSTPARTO Y POSTABORTO - TANTO EN 1° NIVEL (PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN) COMO EN MATERNIDADES (ALTA CONJUNTA)
- FORMACIÓN / EDUCACIÓN CONTINUA DE LOS EQUIPOS EN LOS DISTINTOS NIVELES
- POLÍTICAS DE PROMOCIÓN DE LAS EMBARAZADAS (GRATUIDAD DE LOS TRASLADOS, CASAS SOCIALES, BECAS EDUCATIVAS A MADRES ADOLESCENTES, ETC.)
- COMUNICACIÓN SOCIAL: CONCIENTIZACIÓN DE LA POBLACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DEL CONTROL PRENATAL Y DEL CONTROL DEL NIÑO (CAMPAÑA NACIONAL)

II. MODELO DE ATENCIÓN SALUD COMUNITARIA Y ATENCIÓN PRIMARIA

□ COBERTURA, PRECOCIDAD Y PERIODICIDAD

- BÚSQUEDA ACTIVA
- CAPTACIÓN TEMPRANA Y SEGUIMIENTO
- NOMINALIZACIÓN, RADIOS DE COBERTURA Y POBLACIÓN A CARGO

□ NOMENCLADOR DEL PLAN NACER: ACTIVIDAD "COMUNIDAD"

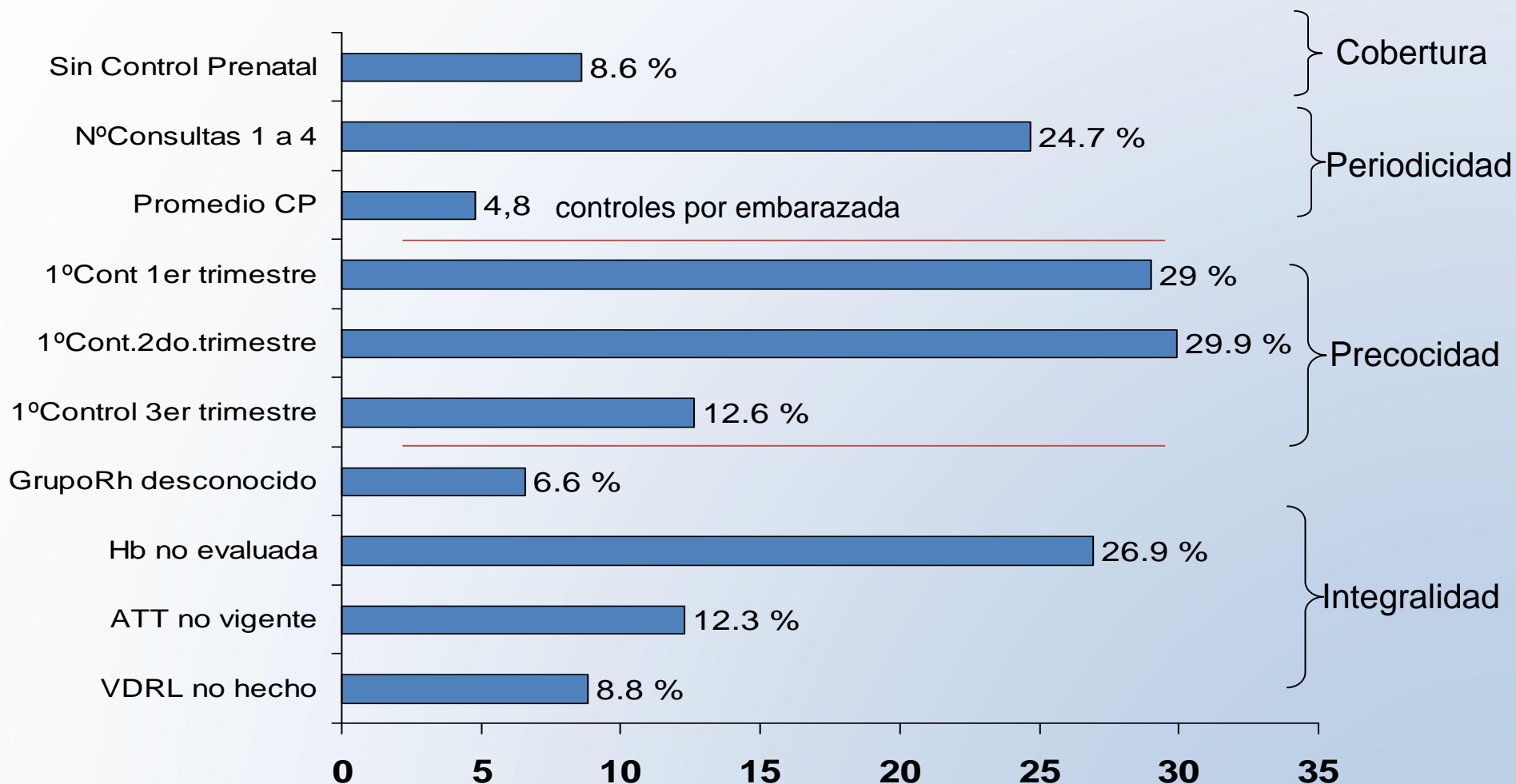
- USO DE FONDOS DESTINADOS A PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
- MODALIDAD DE PAGO DE INCENTIVOS POR RESULTADOS

□ NUEVOS ACTORES: PROMOTORES Y OBSTÉTRICAS

- PROMOTORES DE SALUD
- LICENCIADAS EN OBSTETRICIA

COBERTURA, PERIODICIDAD, PRECOCIDAD E INTEGRALIDAD

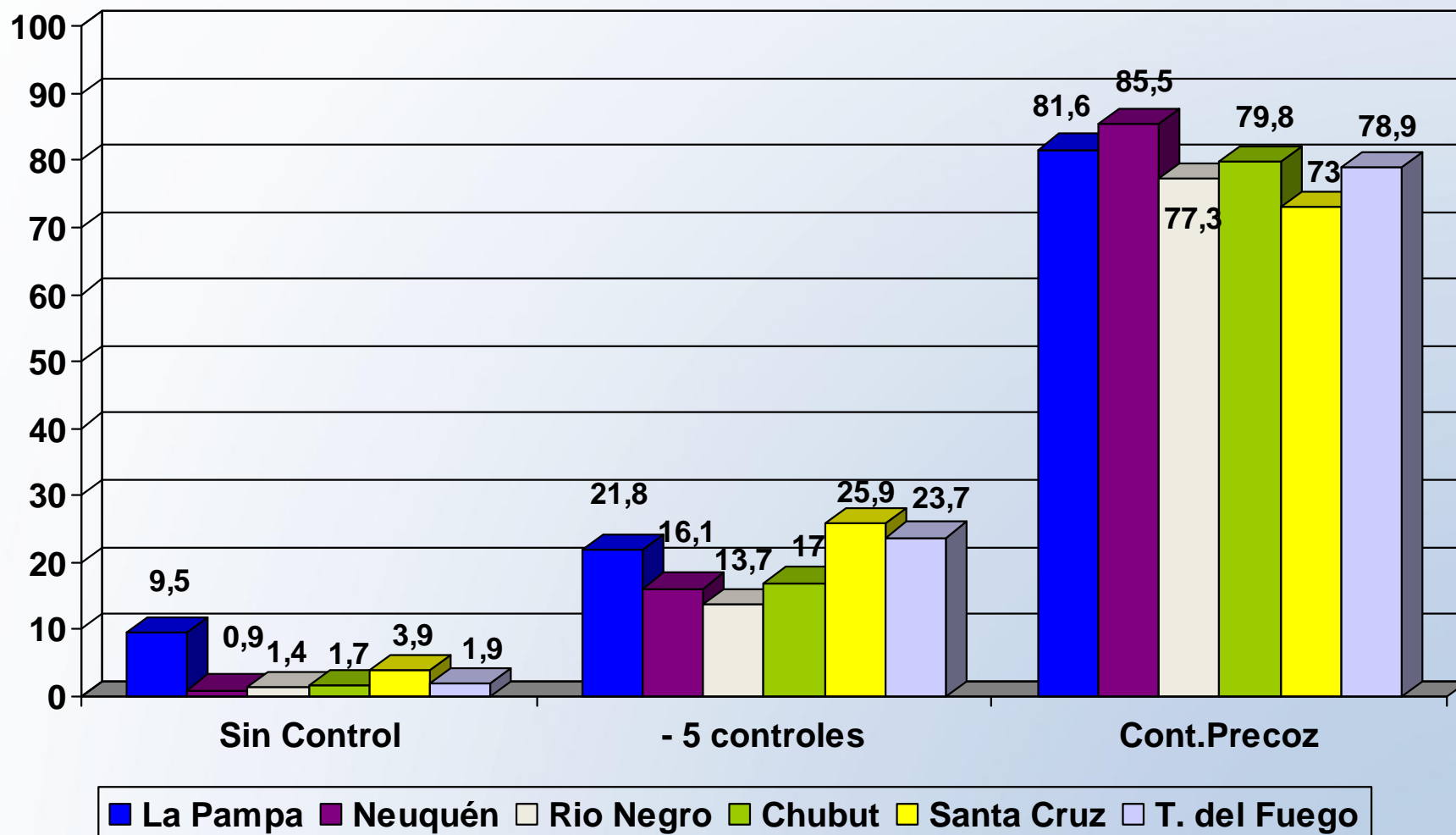
Calidad del Control Prenatal - Argentina - 2006



Frecuencia sobre 143.580 embarazos registrados

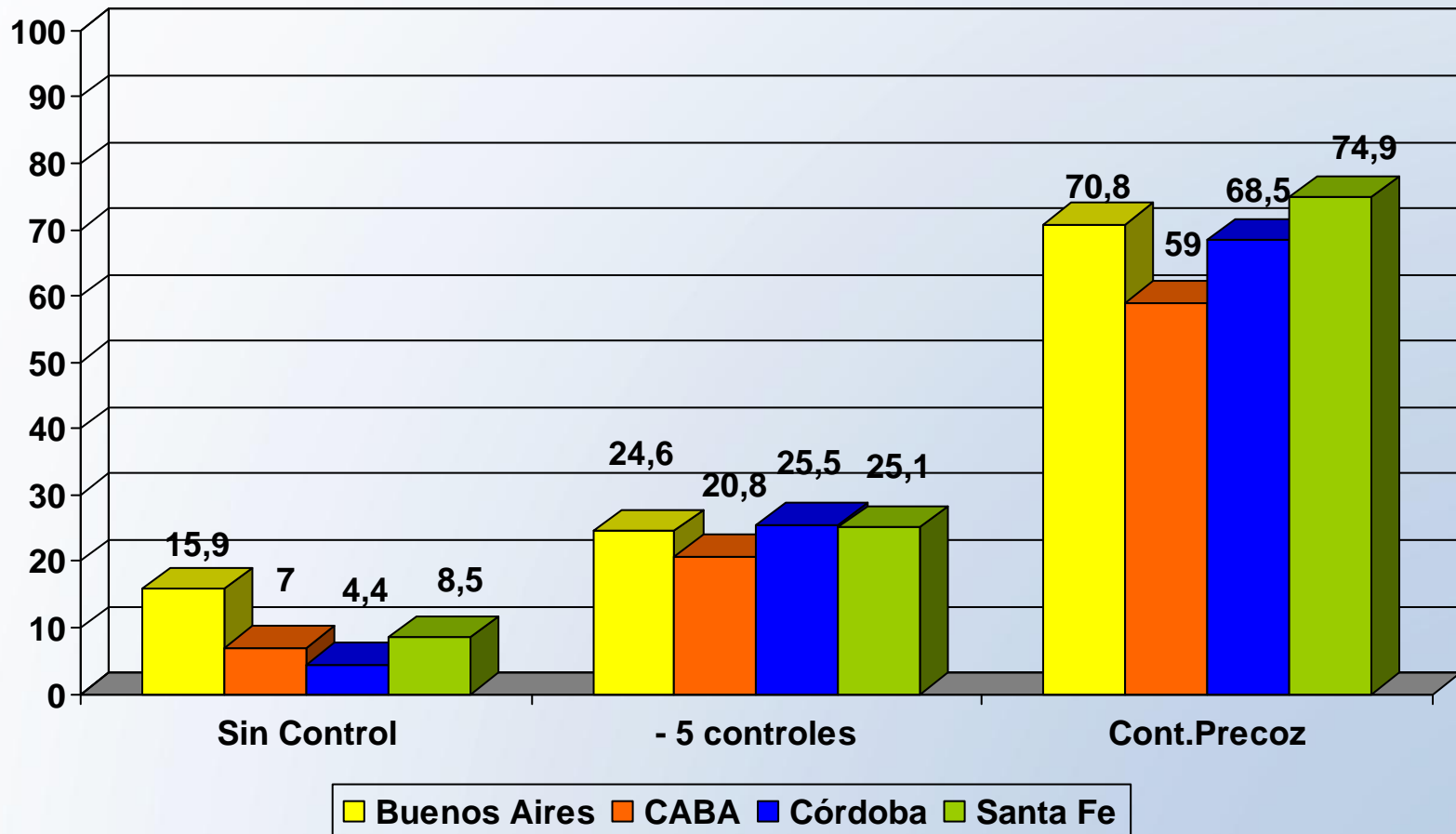
Fuente: SIP - Base de datos agrupada a nivel nacional

CALIDAD DEL CONTROL PRENATAL - PATAGONIA



Fuente: Sistema Informático Perinatal – 2007

CALIDAD DEL CONTROL PRENATAL - CENTRO



Fuente: Sistema Informático Perinatal – 2007

ANÁLISIS DEL NOMENCLADOR Y USO DE FONDOS FACTURACIÓN POR PRESTACIONES

Facturación por prestaciones de las provincias de Patagonia

GRUPOS Y SUBGRUPOS		APL2		CHUBUT		NEUQUÉN		RÍO NEGRO		TIERRA DEL FUEGO	
		Prestaciones	Monto	Prestaciones	Monto	Prestaciones	Monto	Prestaciones	Monto	Prestaciones	Monto
Mujer	Embarazo	13,8%	7,7%	12,3%	8,5%	17,0%	5,1%	12,2%	7,0%	9,6%	5,8%
	Embarazo de Alto Riesgo	0,5%	0,8%	0,5%	0,4%	0,6%	1,3%	0,4%	0,5%	0,7%	4,6%
	Parto	3,4%	51,3%	1,9%	23,7%	5,8%	66,9%	2,0%	24,5%	1,8%	33,3%
	Puerperio	3,3%	2,3%	2,1%	1,8%	2,3%	1,0%	1,5%	0,9%	1,5%	1,7%
Niño	Neonatos	0,9%	2,4%	1,0%	1,3%	0,0%	0,0%	0,2%	0,1%	2,6%	4,1%
	Niños menores de 6 años	51,4%	25,7%	62,5%	56,4%	64,2%	20,2%	55,2%	48,9%	38,8%	24,5%
Laboratorio		15,0%	4,9%	16,3%	3,1%	7,1%	2,1%	18,4%	6,2%	29,2%	11,9%
Imágenes		2,9%	2,6%	2,7%	1,7%	2,0%	1,4%	3,5%	4,7%	3,5%	4,9%
Comunidad		1,6%	1,6%	0,7%	0,9%	0,1%	0,1%	6,2%	4,6%	3,0%	8,8%
Transporte		7,1%	0,8%	0,2%	2,3%	0,8%	2,0%	0,5%	2,5%	9,4%	0,5%
TOTAL		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

ANÁLISIS DEL NOMENCLADOR Y USO DE FONDOS FACTURACIÓN POR PRESTACIONES

Facturación por prestaciones de las provincias de Centro

GRUPOS Y SUBGRUPOS		FASE II		Bs. As.		CORDOBA		ENTRE RÍOS		LA PAMPA	
		Prestaciones	Monto	Prestaciones	Monto	Prestaciones	Monto	Prestaciones	Monto	Prestaciones	Monto
Mujer	Embarazo	13,8%	7,7%	20,6%	16,6%	13,1%	3,5%	14,0%	10,6%	5,6%	9,9%
	Embarazo de Alto Riesgo	0,5%	0,8%	0,5%	0,7%	0,2%	0,3%	0,7%	0,8%	0,4%	0,8%
	Parto	3,4%	51,3%	2,3%	31,1%	5,6%	77,1%	2,5%	35,5%	0,4%	16,2%
	Puerperio	3,3%	2,3%	2,8%	2,2%	2,8%	0,8%	2,9%	4,6%	0,2%	0,4%
Niño	Neonatos	1,0%	2,4%	0,7%	1,2%	1,2%	2,1%	0,8%	0,9%	0,0%	0,0%
	Niños menores de 6 años	51,4%	25,6%	60,8%	39,9%	38,9%	9,4%	61,7%	34,3%	27,5%	53,4%
Laboratorio		15,1%	4,9%	7,7%	1,8%	20,2%	4,0%	13,0%	7,5%	10,3%	9,1%
Imágenes		2,9%	2,6%	2,6%	2,9%	4,2%	2,3%	2,8%	3,2%	1,0%	3,5%
Comunidad		1,6%	1,6%	1,4%	3,4%	0,6%	0,2%	1,4%	2,1%	0,0%	0,0%
Transporte		7,1%	0,8%	0,6%	0,1%	13,1%	0,3%	0,1%	0,4%	54,5%	6,6%
TOTAL		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

NOMENCLADOR PLAN NACER: ACTIVIDAD “COMUNIDAD”

GRUPO	COMUNIDAD
CMI 60	Ronda Completa de Agente Sanitario en área rural
CMI 61	Ronda Completa de Agente Sanitario en Población Indígena
CMI 62	Captación por búsqueda activa de embarazadas en el primer trimestre por agente sanitario y/o personal de Salud
CMI 63	Carta de derechos de la mujer embarazada indígena
CMI 64	Diagnóstico socio-epidemiológico de población en riesgo (documento entregado y aprobado)
CMI 65	Encuentros para promoción del desarrollo infantil
CMI 66	Encuentros para promoción de pautas alimentarias
CMI 67	Encuentros para promoción de salud sexual y reproductiva
CMI 68	Captación por búsqueda activa de embarazadas / niños con abandono de controles, por agente sanitario y personal de salud

NUEVOS ACTORES

Promotores y Obstétricas

PROMOTORES DE SALUD

- **Trabajar en las comunidades** en la detección, captación, acompañamiento y capacitación de las embarazadas, recién nacidos y niños menores de 2 años.
- **Controlar** Historia Clínica, Carné Perinatal y Libreta Sanitaria: controles médicos y vacunaciones.
- **Detectar** situación de riesgo socio-sanitario y evaluar redes de derivación, referencia y contra-referencia.
- **Evaluar los servicios** de atención de la salud materno-infantil: maternidades seguras, parto humanizado, consultorios de alto riesgo, etc.
- **Diseñar estrategias** de sensibilización, prevención y promoción de estilos de vida saludables: proyectos participativos, talleres, jornadas, etc.
- **Detectar**, dentro de la comunidad, potenciales actores de salud para atención primaria: optimizar el capital social - conocimiento empírico (obstétricas, enfermeras jubiladas, etc.).
- **Capacitar** en el auto-examen y auto-cuidado de la salud y el cuidado comunitario; sexualidad, vacunación, lactancia materna, prevención ITS, señales de incomodidad en el embarazo, señales de riesgo o peligro durante el embarazo, preparación y planeando el parto, señales y signos de complicación del parto y post parto, derechos y deberes de la embarazada, importancia de la participación familiar/acompañante y su papel y red hospitalaria disponible.

OBSTETRICAS / LIC. EN OBSTETRICIA

- Cumple un rol esencial en el control del embarazo, parto, puerperio y en actividades de prevención y promoción de la salud de la mujer. Establece un contacto ideal con las familias
- Diagnostica patologías por lo que se transforma en el recurso capacitado y adecuado para detectar los riesgos que aumentan los índices de morbi-mortalidad materno-infantil

Países europeos que cuentan con este recurso humano en la atención materno infantil en forma prioritaria con excelentes resultados, plantean una necesidad de 1 obstétrica / 700 habitantes

- Argentina reconoce actualmente 1.2 obstétricas / 10.000 habitantes
- Número de matriculadas = 3.049 Obst. Universitarias (no todas en actividad)

Para un total de 768 maternidades (102 con mas de 1.000 partos / año y 666 menos de 1.000 partos /año) se necesitarían según Norma Perinatal del MSAL, 2.150 obstétricas universitarias (2 por día /guardia en Maternidades con + de 1.000 partos / año y 1 en las restantes)

- Se calcula 1 Obstétrica / CAP: o sea 6.000 más
- Necesidad total: 8.150 obstétricas aprox.

- Incorporación del recurso humano universitario, egresado en los últimos años, a los planteles de atención con énfasis en su rol para la promoción y prevención.
- Apertura de la Carrera Universitaria en jurisdicciones que se cerraron en la época del proceso.
- Actualmente se dicta en 6 Universidades: **Nac. de Bs. As., Nac. de La Plata, Nac. de Stgo. del Estero, Nac. de Entre Ríos, Aconcagua** (Mendoza) y **Católica de Cuyo** (San Luis).
- Propiciar la aprobación de la Ley Nacional del Ejercicio Profesional de las Obstétricas / Lic. en Obstetricias que incluya los nuevos roles (Anteproyecto en diputados).

CONCLUSIONES CORESA

MODELO DE ATENCIÓN / NIVEL HOSPITALARIO

- REGIONALIZACIÓN: CERRAR / RECONVERTIR LAS MATERNIDADES Y NEONATOLOGÍAS NO SEGURAS Y FORTALECER LAS REDES HOSPITALARIAS (CUMPLIMIENTO DE LAS CONE)
- IMPLEMENTACIÓN DE LOS CONSULTORIOS DE ALTO RIESGO Y CONSULTORIOS DE ALTA CONJUNTA EN PRINCIPALES MATERNIDADES: CAPACITACIÓN DEL RR.HH.
- DE MODIFICARSE LA ORGANIZACIÓN NEONATAL, NO SE NECESITARÍAN NEONATOLOGOS (NEONATOLOGÍA DE BAJA COMPLEJIDAD A CARGO DE PEDIATRAS)

II. MODELO DE ATENCIÓN

NIVELES DE COMPLEJIDAD Y RED SANITARIA

❑ MATERNIDADES Y NEONATOLOGÍAS

- CONDICIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES ESENCIALES (CONE)
- MATERNIDADES SEGURAS Y PARTO HUMANIZADO
- CONSULTORIO DE ALTO RIESGO Y CONSULTORIO DE ALTA CONJUNTA

❑ REGIONALIZACIÓN

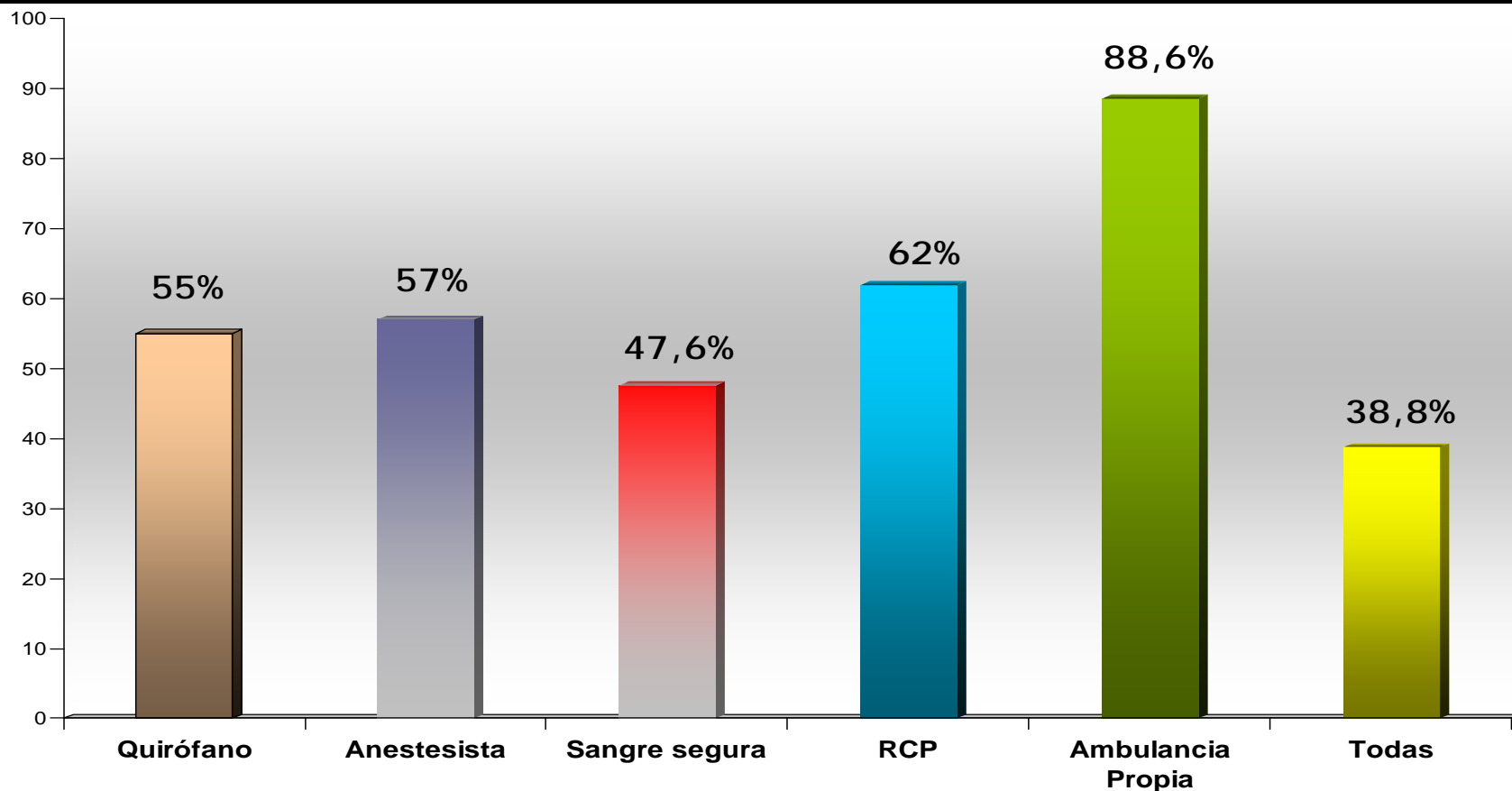
- RADIO DE COBERTURA Y REDES DE DERIVACIÓN
- ESTRATEGIAS DE DISTRIBUCIÓN DE NIVELES DE COMPLEJIDAD

❑ REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA

- ALTA CONJUNTA
- RIESGO SOCIO - SANITARIO
- INTEGRALIDAD

MATERNIDADES Y NEONATOLOGÍAS SEGURAS

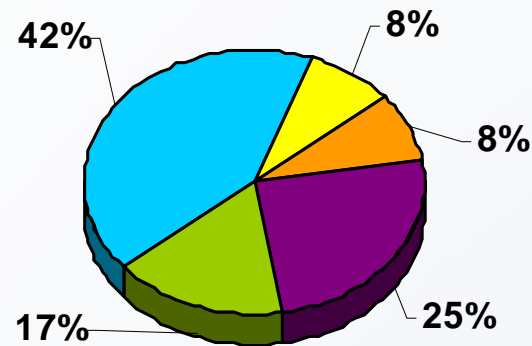
CONE - Condiciones obstétricas y neonatales esenciales



% global de cumplimiento de las CONE - 768 Maternidades
Argentina - 2003-2004

MATERNIDADES Y NEONATOLOGÍAS SEGURAS

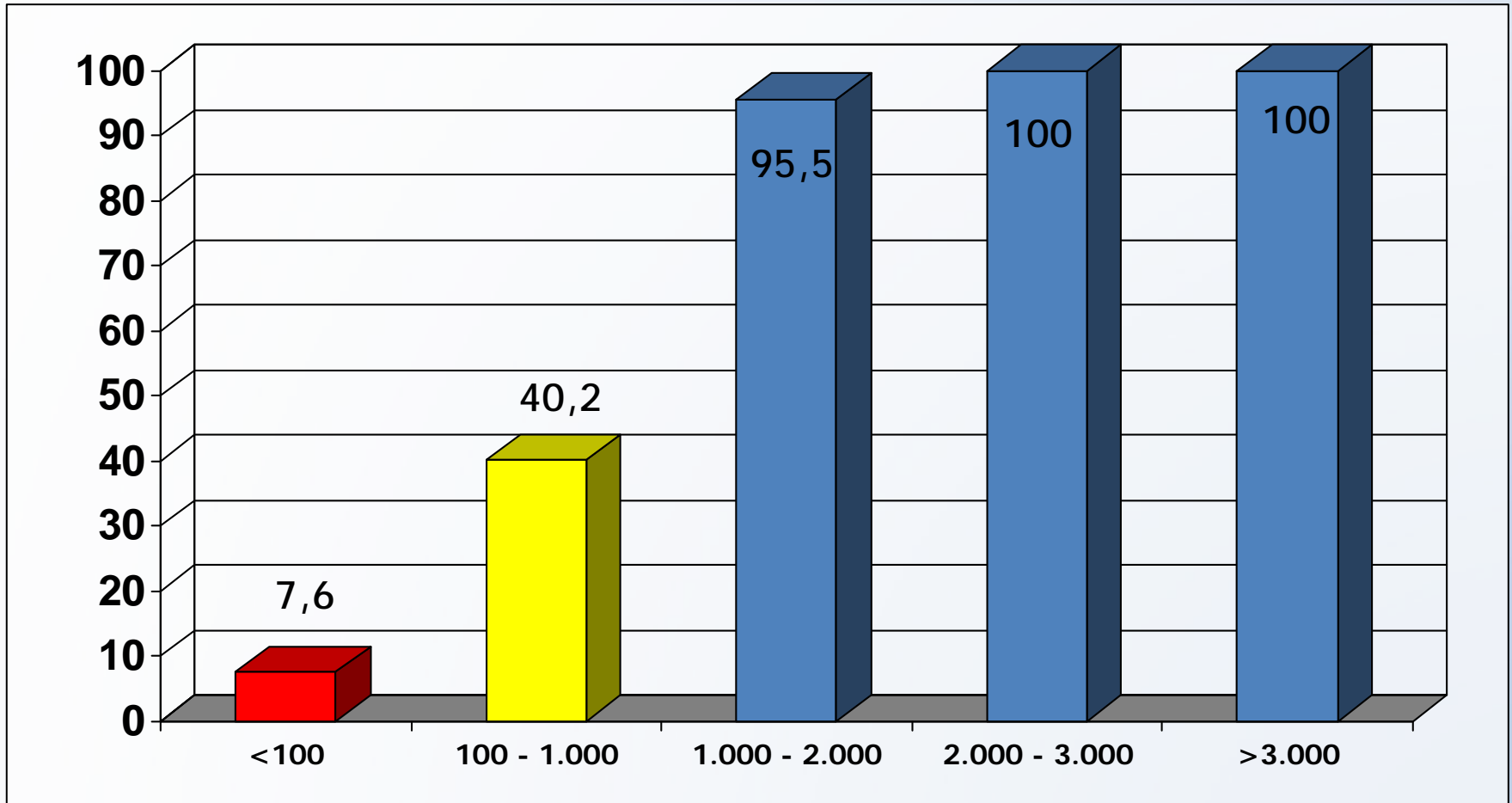
Evaluación de los Servicios en las Maternidades



- ❖ EL MENOR PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO (68,7%) SE OBSERVÓ EN RR-HH
- ❖ EL 37% NO REALIZA ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN CONTINUA CON EL EQUIPO DE SALUD
- ❖ EL 42% TIENE PROBLEMAS DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO
- ❖ EL 79% NO CUENTA CON RESIDENCIA PARA OBSTÉTRICAS Y 40% NO CUENTA CON RESIDENCIA DE TOCOGINECO
- ❖ EL 51,2% NO REALIZA AMEU PARA LEGRADOS UTERINOS
- ❖ EL 42% NO CUENTA CON NORMAS DE CONTROL PARA INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS Y BIOSEGURIDAD
- ❖ EL 48,8% NO CUENTA CON SERVICIO DE ECOGRAFÍA DE GUARDIA LAS 24 HS

MATERNIDADES Y NEONATOLOGÍAS SEGURAS

% de cumplimiento de las Condiciones Obstétricas y Neonatales esenciales (CONE), según N° de partos anuales en 768 Maternidades

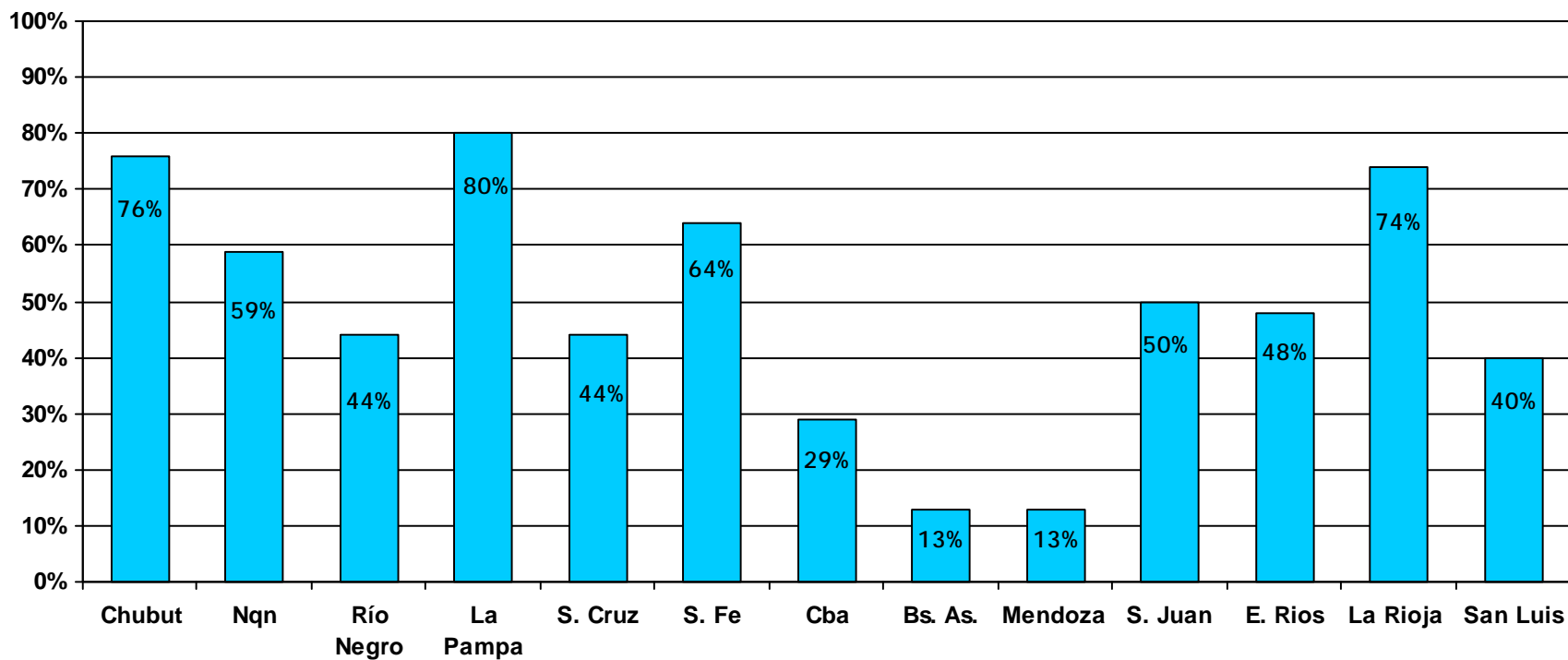


Casi la mitad de las Maternidades públicas del país (45,7%) asisten entre 100 y 1.000 partos anuales

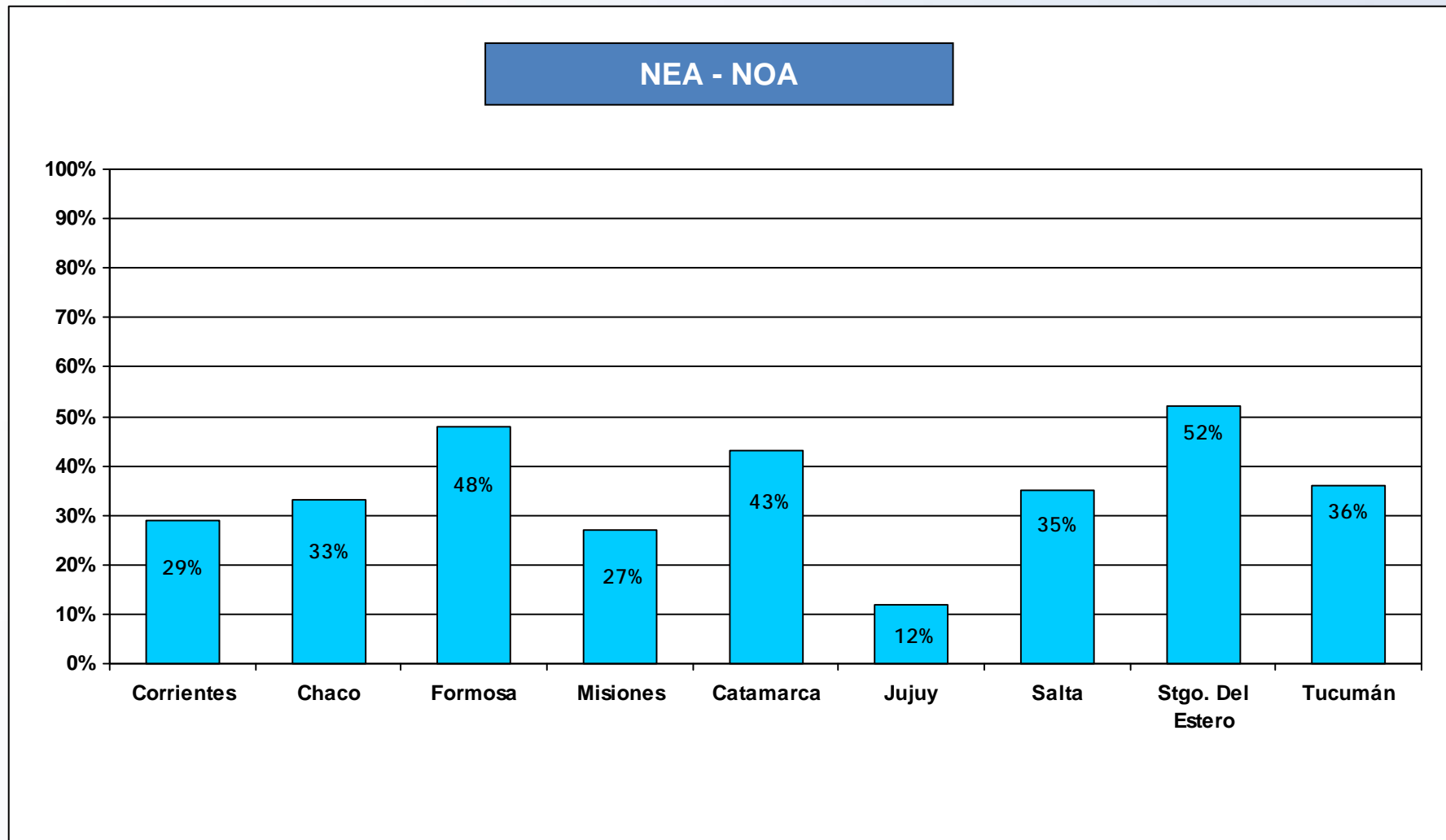
Argentina 2003-2004

Porcentaje de maternidades con < 100 partos anuales por provincias seleccionadas – 2006

PATAGONIA – CENTRO - CUYO



Porcentaje de maternidades con < 100 partos anuales por provincias seleccionadas – 2006



(Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales)

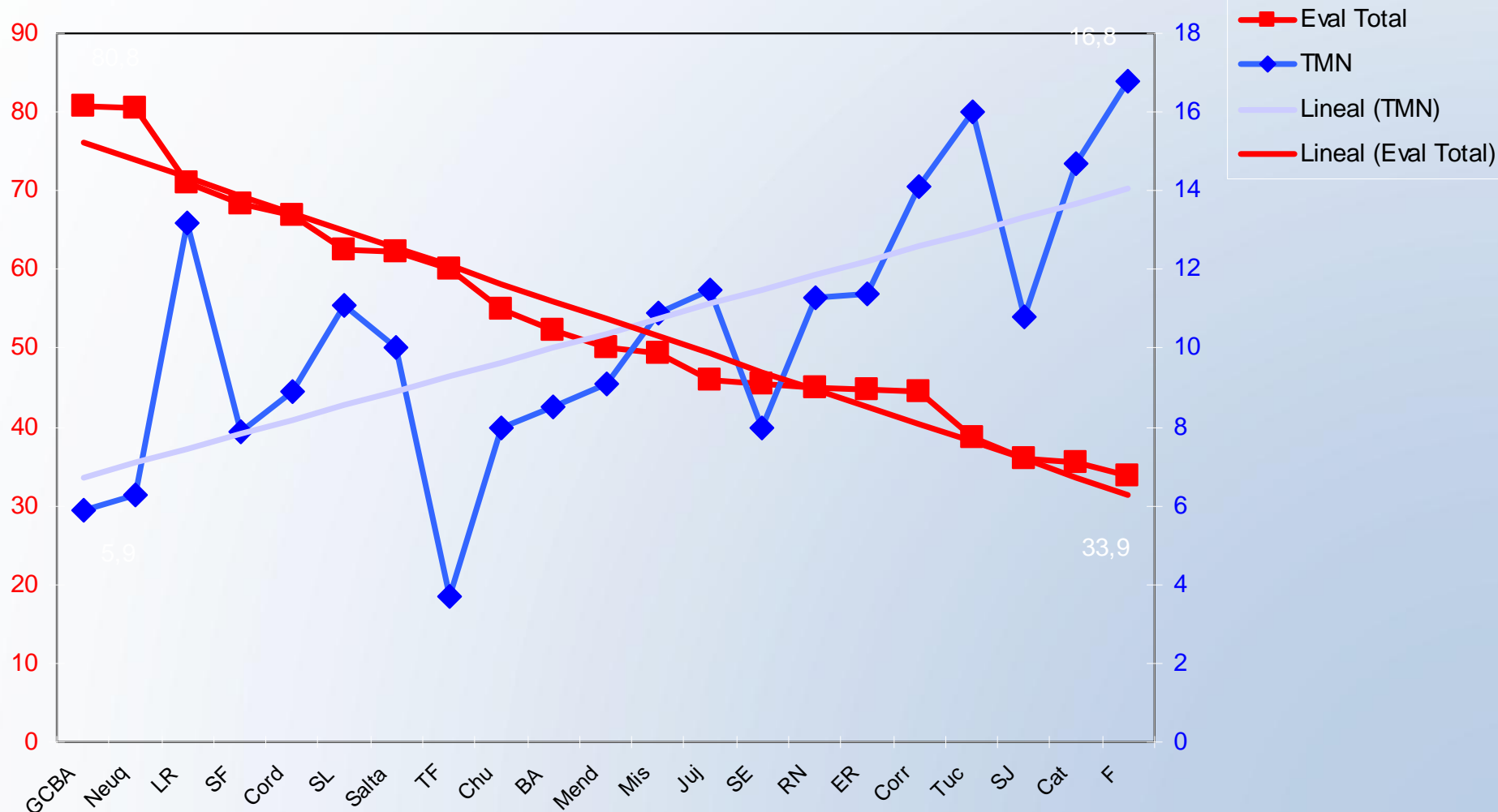
UCIN vs Habitantes Países Seleccionados

PAIS	Habit. (Millones)	N ^o UCIN	Hab. x ucin	M.I	MN
Argentina	38	900	42.000	13	8.5
Chile	16	28	536.000	8	5
Canada	32	22	1.450.000	4	3
Usa	300	600	500.000	6	4
R.Unido	61	155	400.000	5	3

**Con esta lógica, Argentina debería tener entre
26 (1/1,45 Millones) y 95 (1/400.000)**

Relación entre promedios de cumplimiento total de la Guía y Tasa de Mortalidad Neonatal, según Provincias.

84 Servicios de Neonatología - Argentina 2006



Regionalización

- ❖ La consecuencia de esta política - o falta de ella - llevó a que el sistema se sobresaturara de unidades pequeñas (que absorbieron a la totalidad del RR.HH.) y llevara a la crisis del sistema
- ❖ Actualmente, la mayoría de las maternidades tienen dificultades para cubrir las guardias
- ❖ Está comprobado que las unidades pequeñas tienen peores resultados (aún cuando el personal es el mismo que trabaja en unid. grandes con buenos resultados)
- ❖ La única manera de hacer un uso racional del escaso recurso humano, asegurar que el equipamiento se use correcta y eficientemente (y así mejorar los resultados perinatales) es **REGIONALIZAR LA ATENCIÓN** de manera que **NO** haya unidades en las cuales el censo diario sea inferior a los 15 pacientes x día

Regionalización

Esto se logra de 2 MANERAS

- ❖ Creando grandes maternidades en centros polivalentes con un N° elevado de partos (< de 10.000 x año)
- ❖ Mantener las maternidades de mediano N° de partos como maternidades de bajo riesgo y crear centros de derivación para embarazos de alto riesgo que cubran un área programática de alrededor de 30.000 partos

Tal propuesta es adecuada para grandes centros urbanos y para provincias pequeñas donde el acceso es posible. Para aquellas regiones del país con una ruralidad extrema, es necesario pensar, consensuar y establecer un sistema de atención que asegure la buena práctica - (Modelo de Neuquén es una opción)

PARA LOGRAR ESTO, SE REQUIERE DE UN FUERTE COMPROMISO POLÍTICO Y DEL APOYO DE LAS AUTORIDADES SANITARIAS a fin de organizar la referencia y contrarreferencia de los pacientes asegurando que todo embarazo sea atendido en el nivel de complejidad que corresponda

MATERNIDADES Y NEONATOLOGÍAS

Consultorio de Alto Riesgo
Consultorio de Alta Conjunta

CONSULTORIO DE ALTO RIESGO

- ❖ Alrededor del 85% de los embarazos son de **Bajo Riesgo**
- ❖ En tanto el 10% restante (40.000 embarazos) desarrollará alguna patología agregada como HTA previa ó HIE, DBT I ó II, Infecciones transmisibles al feto (Sífilis, VIH, Chagas, Estreptococo), Tiroidopatías, Cardiopatías, etc.; a estos denominamos de **Alto Riesgo**

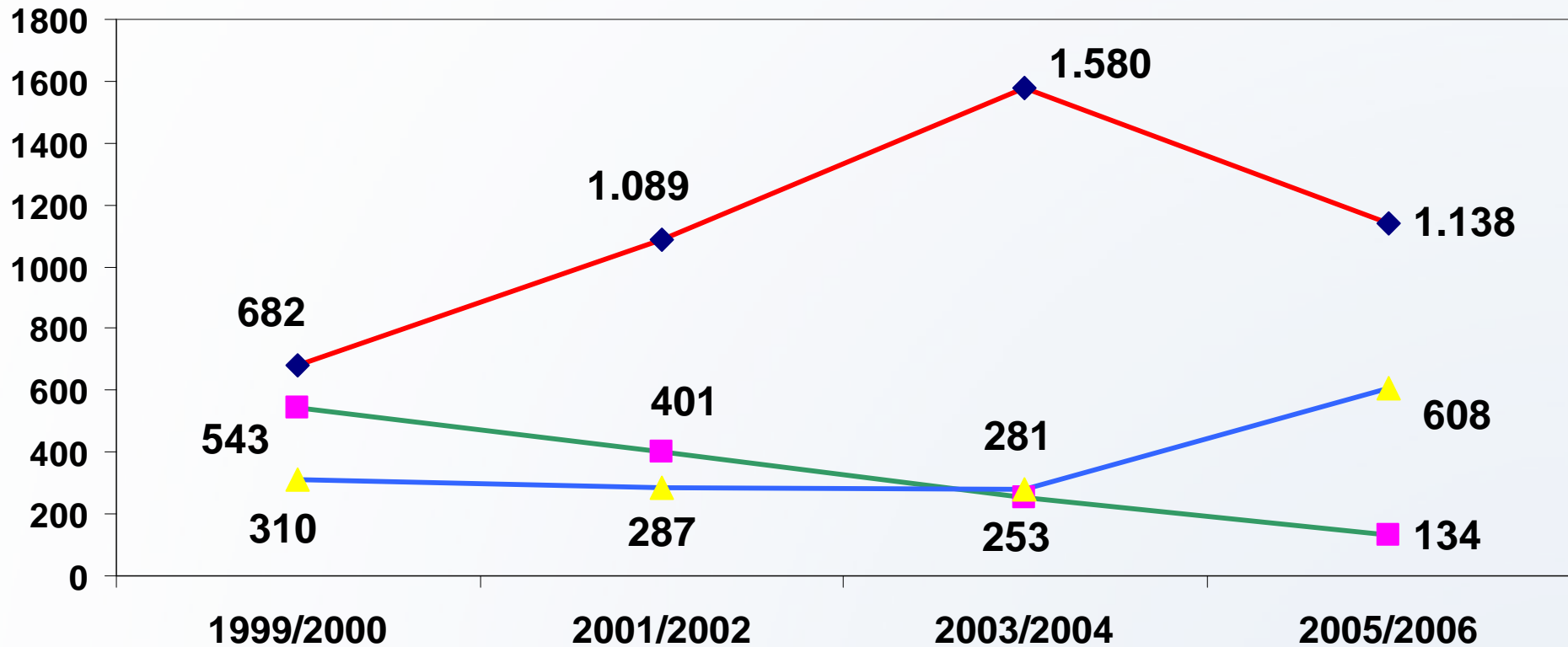
❖ El Consultorio tiene por objetivo la **prevención y tratamiento de patologías (SÍFILIS CONGÉNITA, CHAGAS CONGÉNITO, VIH 1-2 Y STREPTOCOCO)**, contemplando el **ALTO RIESGO SANITARIO**

❖ El seguimiento trasciende el espacio de dicho consultorio, siendo fundamental que exista un manejo multidisciplinario, incluyendo la **articulación con otros servicios de apoyo y especializado en servicio social**, contemplando el **ALTO RIESGO SOCIAL**

❖ Por ello, consideramos fundamental **evaluar el riesgo en forma local**, en base al análisis de los resultados perinatales de la población e incluir a determinadas pacientes para un **seguimiento específico**

CONSULTORIO DE ALTO RIESGO

TRANSMISIÓN VERTICAL SÍFILIS VIH CHAGAS



CONSULTORIO DE ALTA CONJUNTA

Dado que cerca de 100% de los partos son institucionales y que la madre e hijo permanecen internados un promedio de 48 horas, el **CONSULTORIO DE ALTA CONJUNTA (CAC)** permite la integración de acciones de **sensibilización, promoción y prevención** a cargo de los servicios de neonatología y obstetricia. El CAC debe funcionar todos los días: **CONSEJERÍA EN LACTANCIA, CUIDADOS BÁSICOS DEL RN Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

Es el **primer paso** hacia una estrategia adecuada de Referencia y Contra-referencia entre los **diferentes niveles** de atención:

- Control de un llenado de calidad del las Historias clínicas y el Carnet Perinatal
- Comunicación con las familias (carnet perinatal que se lleva la madre)
- Envío semanal al responsable del Primer Nivel (Región Sanitaria, Municipio o Área programática) de un listado de madre y bebés dados de alta, para la búsqueda activa si no llegan a la consulta

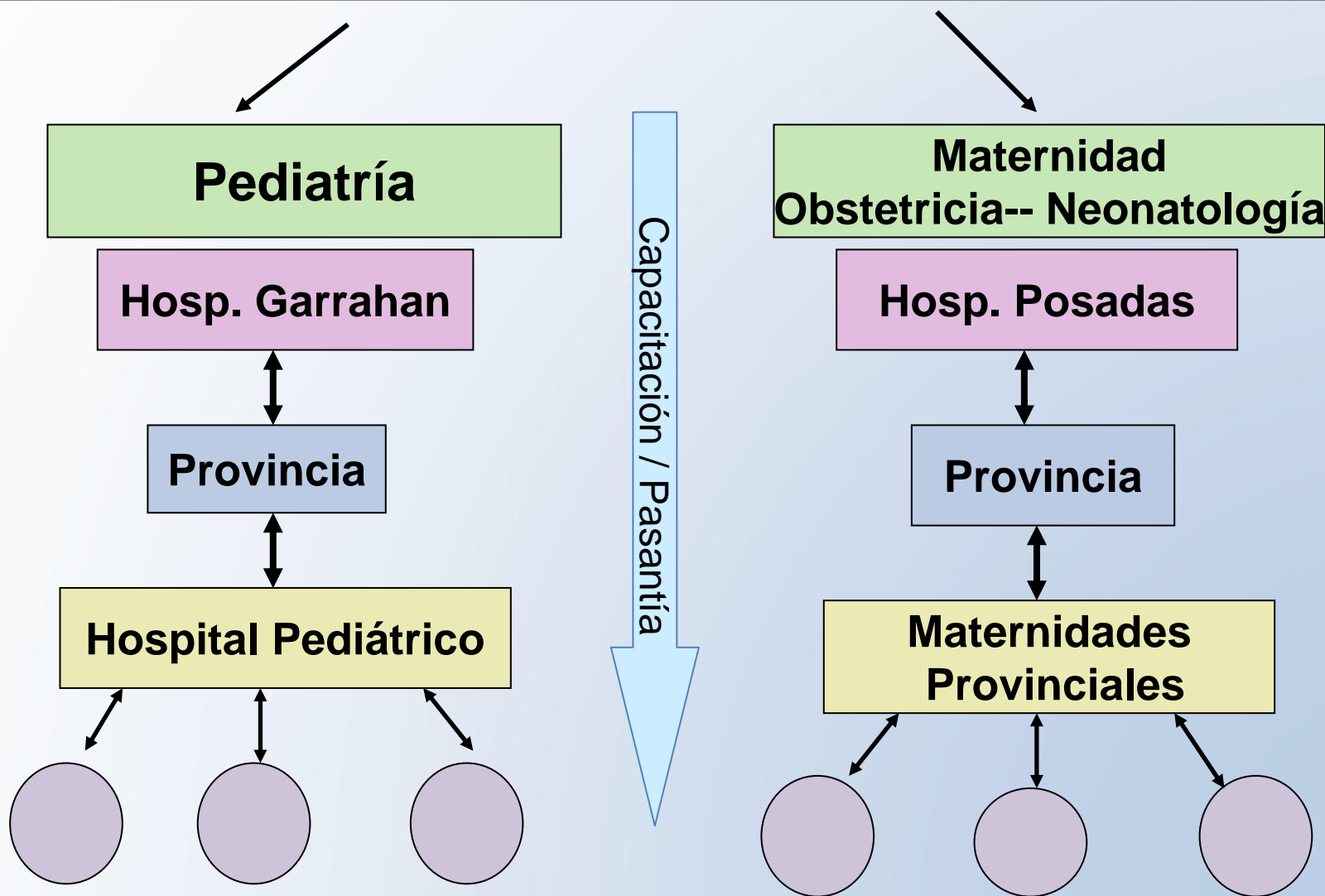
Asimismo, permite determinar el **riesgo social del paciente** y **articular** con los demás niveles (Municipio, provincia) las acciones a tomar para revertir la situación

DATOS SIP 2006

- En el 47 % de las HC no hay evaluación del riesgo social
- En una proporción importante (>50%) no se identifican al ingreso condiciones de riesgo clínico o nutricional
- El 34 % de las historias clínicas evaluadas, arrojan datos incompletos

Referencia y Contrarreferencia: PROPUESTA

Oficina de Comunicación a Distancia O. C. D.



Requisitos para Regionalización

- ❖ Centro Coordinador conectado en línea (internet) y teléfonos
- ❖ Operador las 24 hs. de los 365 días (médico - neonatólogo de guardia pasiva)
- ❖ Tablero con total de camas de la región y su situación - libre - ocupada - no disponible (en el último caso, justificar la causa) -
- ❖ Ambulancia de traslado disponible en las maternidades de baja complejidad
- ❖ Ambulancia de traslado disponible en las maternidades de alta complejidad para derivación de neonatos de efectores de baja complejidad

INTEGRALIDAD

Datos Comparativos SSyPR

PROVINCIA	Mujeres de 15 a 49 años no embarazadas, sin obra social, prepaga o mutual (1)
Buenos Aires	1.827.577
CABA	215.781
Córdoba	377.777
Entre Ríos	141.748
Santa Fe	336.748
La Rioja	33.763
San Juan	86.653
Mendoza	212.127
San Luis	51.763

PROVINCIA	Mujeres de 15 a 49 años no embarazadas, sin obra social, prepaga o mutual (1)
Chaco	158.500
Corrientes	147.324
Formosa	79.559
Misiones	135.927
Catamarca	40.177
Jujuy	88.110
Salta	169.671
Stgo. del estero	125.013
Tucumán	166.818

PROVINCIA	Mujeres de 15 a 49 años no embarazadas, sin obra social, prepaga o mutual (1)
La Pampa	36.107
Neuquén	68.049
Río Negro	71.773
Chubut	43.886
Santa Cruz	17.026
Tierra del Fuego	9.977

SINÓPSIS DE LA PROPUESTA

DEFUNCIONES
FETALES PREVIAS

25,5%

730.000 partos anuales

85% de BAJO RIESGO

ALTO RIESGO

Consejerías en Salud Sexual
Embarazos NO planificados
(60%)

**Muertes
Neonatales
56%
(causas evitables)**

**Muertes
Post-Neonatales
45%
(causas evitables)**

**Mortalidad Materna
30%
(ABORTOS)**

**Prevenibles o Evitables
45%**

**EDUCACIÓN
PLANIFICACIÓN**

SINÓPSIS DE LA ESTRATEGIA INTEGRAL

❖ 1° NIVEL DE ATENCIÓN

Prevención y Promoción

Captación temprana de la embarazada – Búsqueda activa

Control prenatal adecuado y de calidad

Optimización de RR.HH. e Incorporación de nuevos actores

❖ 2° - 3° NIVEL DE ATENCIÓN

Regionalización

Maternidades Seguras

- Consultorio de Alta Conjunta
- Consultorio de Alto riesgo
- Centros de Lactancia Materna
- Consejerías de Salud Sexual y Procreación Responsable

Cumplimiento y Monitoreo de las CONE

(Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales)

Referencia y Contrarreferencia

Muchas Gracias ...



**Ministerio de Salud
PRESIDENCIA DE LA NACION**