

Cofone, Daniel Gustavo

Implementación de un programa en red para el acompañamiento de embarazadas de riesgo como herramienta de disminución de la mortalidad infantil, en la Provincia de Córdoba

**Tesis para la obtención del título de posgrado de
Especialista en Dirección de Organizaciones
Públicas**

Director: Vargas, Miguel

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



“Implementación de un programa en red para el acompañamiento de embarazadas de riesgo como herramienta de disminución de la mortalidad infantil, en la Provincia de Córdoba”



Dr. Cofone Daniel

Córdoba, 2020

Resumen

La tasa de mortalidad infantil es uno de los principales indicadores de salud de un país. El componente neonatal da cuenta de condiciones congénitas como la atención de la salud materna, control del embarazo, atención del parto y del niño durante los primeros días de vida, referibles al sistema sanitario.

Los embarazos de alto riesgo, que son aquellos que puedan causar el desvío de la normalidad afectando a la madre o al feto/recién nacido. Por ello es indispensable que, para poder disminuir la tasa de mortalidad infantil a expensas del componente neonatal, los embarazos de alto riesgo sean oportunamente detectados y tratados a fin de evitar la aparición de las complicaciones que repercutan en la salud del feto/recién nacido, o si las mismas ya se manifestaron, disminuir las consecuencias negativas.

Se analizaron las causas de las muertes neonatales ocurridas en el Hospital Materno Provincial durante el año 2017 por ser éste un centro de tercer nivel de referencia provincial. Del análisis surge que en el 87% de las muertes neonatales, existía patología materna asociada mientras que en el 13% no se reportaba patología asociada. De las patologías asociadas, el 43% constituye patología fetal, el 31% ovular y el 26% materna.

En este panorama se propone la implementación de una policía pública que trabaje en red a fin de optimizar recursos y facilitar la accesibilidad de las pacientes a los controles necesarios para la adecuada atención pre natal.

Summary

The infant mortality rate is one of the main health indicators of a country. The neonatal component accounts for congenital conditions such as maternal health care, pregnancy control, delivery and child care during the first days of life, which can be referred to the health system.

High-risk pregnancies, which are those that can cause deviation from normality affecting the mother or the fetus / newborn. For this reason, it is essential that, in order to reduce the infant mortality rate at the expense of the neonatal component, high-risk pregnancies should be promptly detected and treated in order to avoid the appearance of complications that affect the health of the fetus / newborn, or if they have already manifested, reduce the negative consequences.

The causes of neonatal deaths that occurred in the Provincial Maternal Hospital during 2017 were analyzed as this is a third-level provincial referral center. From the analysis it appears that in 87% of neonatal deaths, there was associated maternal pathology while in 13% no associated pathology was reported. Of the associated pathologies, 43% constitute fetal pathology, 31% ovular and 26% maternal.

In this panorama, the implementation of a public police network is proposed in order to optimize resources and facilitate the accessibility of patients to the necessary controls for adequate prenatal care.

Contenido

| | |
|--|----|
| Resumen..... | 2 |
| Summary | 3 |
| 1. Introducción | 6 |
| 2. Justificación y Antecedentes | 8 |
| 3. Planteo del Problema..... | 14 |
| 4. Objetivos | 15 |
| 3.1. Objetivos Generales..... | 15 |
| 3.2. Objetivos Particulares..... | 16 |
| 4. Marco Analítico y Conceptual..... | 17 |
| 5. Método de Investigación | 17 |
| 5.1 Materiales y Métodos..... | 18 |
| 5.2 Resultados | 18 |
| 5.3 Análisis de las variables | 19 |
| 6. Propuesta de Mejora a través de la implementación de una Política Pública Sanitaria Provincial..... | 22 |
| 6.1 Misión y visión del Hospital Materno Provincial Dr. Raúl Felipe Lucini..... | 22 |
| 7. Líneas de acción | 24 |
| 8. Evaluación integral del plan: | 29 |
| 9. Conclusiones..... | 30 |
| 10. Bibliografía | 31 |
| Anexo I..... | 34 |
| Anexo II..... | 36 |

1. Introducción

La Tasa de Mortalidad Infantil es considerada como uno de los indicadores más importantes para la planificación y programación de actividades en salud. Comprende la mortalidad de menores de un año, e incluye la mortalidad neonatal, que es la ocurrida en el transcurso de los primeros 27 días de vida y la mortalidad pos neonatal, que designa la ocurrida desde el fin del período neonatal hasta la edad de un año.

La influencia de factores biológicos, demográficos, socio-económicos, culturales, ambientales, de atención de salud y geográficos difiere según la edad de los menores de un año. En la mortalidad neonatal prevalecen aquellos vinculados con las condiciones congénitas como la atención de la salud materna, control del embarazo, atención del parto y del niño durante los primeros días de vida, referibles al sistema de salud. En la mortalidad pos neonatal las condiciones ambientales y socio-económicas tienen mayor impacto sobre la salud del niño (Ministerio de Salud de la Nación, 1992).

La Tasa de Mortalidad Infantil relaciona las defunciones de menores de un año ocurridas durante un año y el número de nacidos vivos registrados en el transcurso del mismo año, expresadas por 1000.

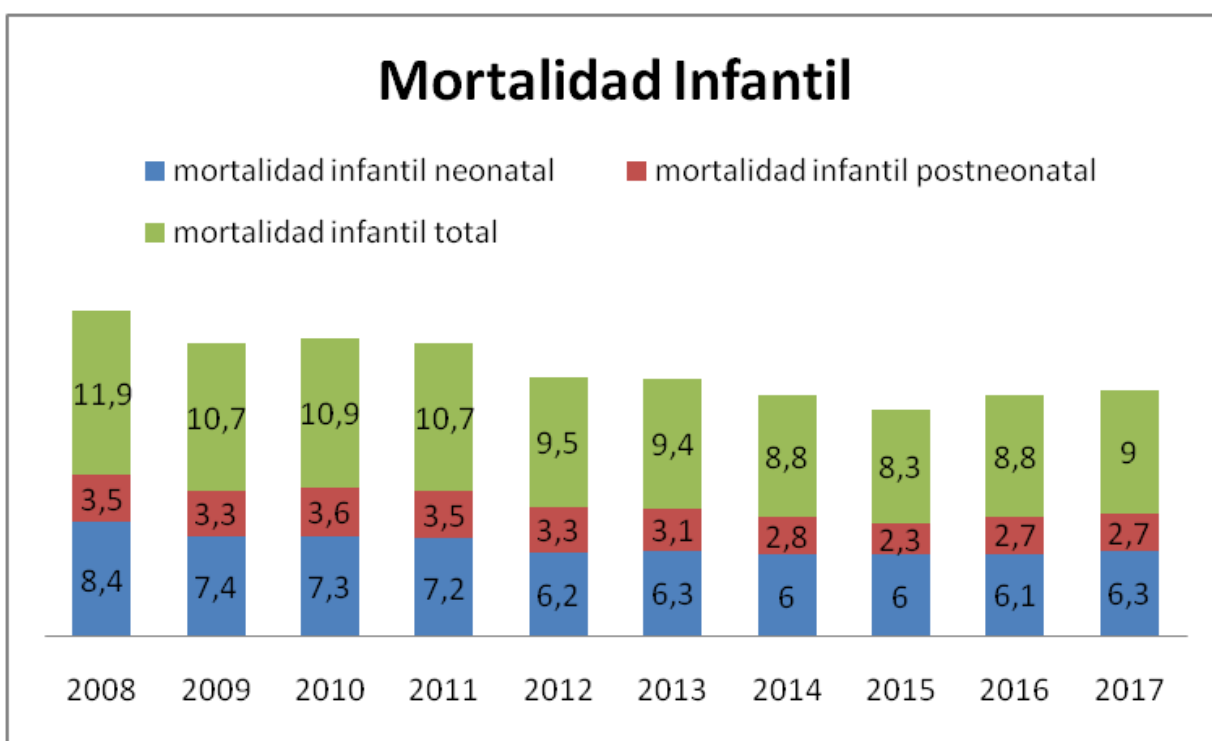
La Tasa de Mortalidad Neonatal: es una tasa cuyo numerador es el número de niños fallecidos en los primeros 27 días de vida extrauterina y el denominador el número de nacidos vivos, en el mismo período de tiempo y expresada por cada 1000 nacimientos. Es proporcionalmente mayor cuando más baja sea la tasa de mortalidad infantil, como se ve en países desarrollados o en poblaciones con buenas condiciones socioeconómicas y culturales.

La Tasa de Mortalidad Post-Neonatal: es una tasa cuyo numerador es el número de niños fallecidos entre los 28 y los 365 días de vida extrauterina y el denominador el número de nacidos vivos, en el mismo período de tiempo, y expresada por cada 1000 nacimientos. La mayoría de las causas de muerte se deben a problemas provenientes del medio ambiente y ello es más frecuente cuando más se aleja la muerte del momento del nacimiento (infecciones, diarreas, deshidratación trastornos respiratorios agudos, etc.). Es proporcionalmente mayor cuando más altas sean las tasas de mortalidad infantil, como se observa en países en vías de desarrollo o en poblaciones con malas condiciones socioeconómicas y culturales. Es por eso que su reducción es fundamental para poder reducir la Tasa de Mortalidad Infantil.

La Tasa de Mortalidad Materna: es la tasa cuyo numerador es el número de muertes en mujeres con evento obstétrico en el último año y el denominador es el total de nacidos vivos en ese año multiplicado por diez mil.

En la provincia de Córdoba, se ha registrado un descenso importante en la tasa de Mortalidad Infantil en los últimos años, según se observa en el cuadro a continuación

Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil en Córdoba, Decenio 2008-2017



Fuente: Estadísticas del Ministerio de salud de la Provincia de Córdoba

Sabiendo que las muertes neonatales son las que mayor impacto tienen sobre la Mortalidad Infantil, y que éstas están directamente ligadas (entre otras cosas) a las condiciones en las que se desarrolló el embarazo, es imprescindible implementar un programa de políticas públicas que disminuya al máximo todas las posibilidades de complicaciones prevenibles y/o tratables durante la gestación.

2. Justificación y Antecedentes

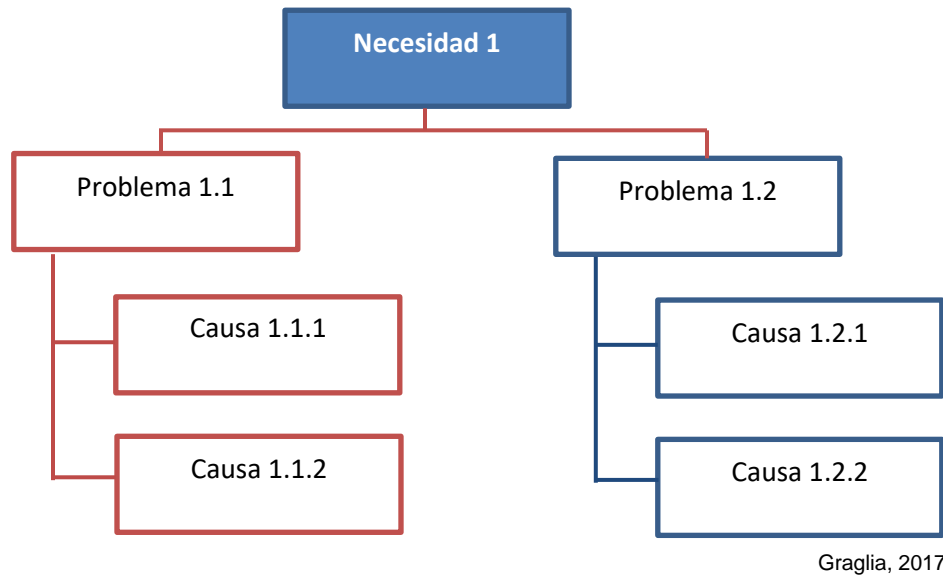
¿Por qué una política pública?

La Política Pública es *“un conjunto conformado por uno o varios objetivos colectivos considerados necesarios o deseables, y por medios y acciones que son tratados por lo menos parcialmente, por una institución u organización gubernamental con la finalidad de orientar el comportamiento de actores individuales o colectivos para modificar una situación percibida como insatisfactoria o problemática”* (Roth. 2002)

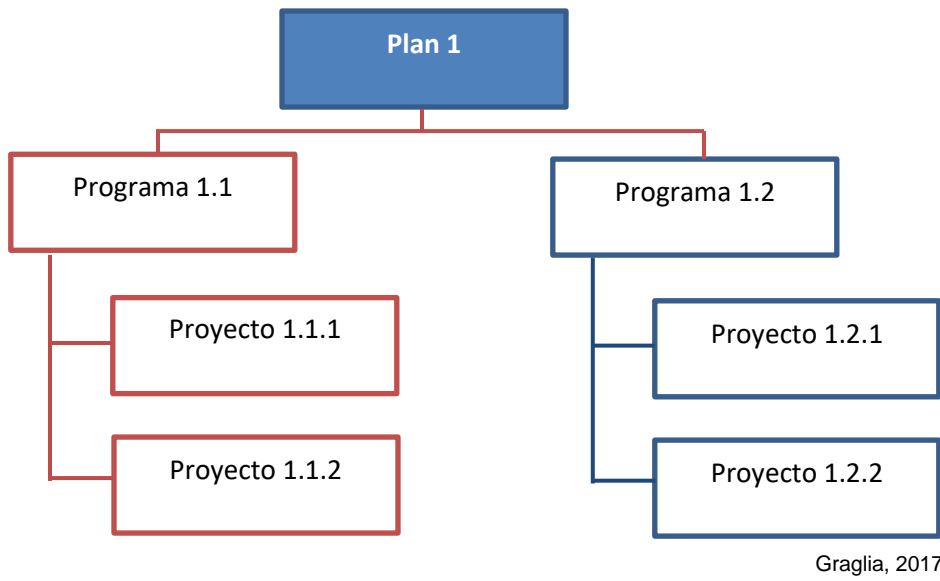
Bajo esta perspectiva, es necesaria una política pública que teniendo bien claros los objetivos, analice los medios y las acciones que apunten a transformar total o parcialmente la sociedad o un aspecto de la misma. Debe entenderse a la política pública como una construcción social y no como algo impuesto por el Estado, puesto que como se expresa en el párrafo anterior, debe dar respuestas a una situación insatisfactoria para el conjunto social que es quien demanda esa política.

Existen tres grandes grupos de teorías sobre las “Políticas Públicas”: un grupo de teorías centradas en la Sociedad, centradas en el Estado, y mixtas. Dentro de ellas se ha desarrollado en los últimos 20 años del siglo pasado, un enfoque basado en la teoría de Redes o entramado, (networks theory) la que define a la red como un conjunto de relaciones de un tipo específico (por ejemplo, de colaboración, de apoyo, de control o de influencia) entre un conjunto de actores (Lazega, citado en Roth). En estas teorías, las fronteras entre lo estatal y lo no estatal se mueven constantemente, encontrando con frecuencia “puentes” entre ambas esferas.

Según Graglia, las situaciones que pueden considerarse como “necesidades”, tienen generalmente varios componentes, a los que denomina como “problemas”. Éstos, a su vez responden a diferentes causas. De esta manera, Graglia determina el “árbol de necesidades, problemas y causas” el que podría graficarse de la siguiente manera: (Graglia, 2017)



En base a este análisis, cabe la propuesta de implementar los proyectos que remuevan las causas, los programas que resuelvan los problemas y los planes que satisfagan las necesidades. Dicho de manera gráfica,



¿Por qué un Programa de Políticas Públicas?

Analizado así el objeto de este estudio, se observa de manera directa cuál es la necesidad de llevar adelante un adecuado programa que dé cuenta de los proyectos que contribuyan a remover las causas finales del problema aquí planteado.

Generalmente, cuando hablamos de Salud Pública, los problemas son multicausales y por lo tanto es compleja su resolución definitiva. Sin embargo, existen herramientas aplicables con el objetivo de, si no resolver, por lo menos disminuir su impacto. Así planteado el problema, el objetivo final será la aplicación de estrategias (proyectos) que apunten a la disminución de la mortalidad infantil a expensas del componente neonatal, abordando la patología detectada en el embarazo o previo a él, que tenga incidencia directa o indirecta con la salud del futuro recién nacido.

¿Por qué trabajar en Redes?

Sin lugar a dudas, la toma de decisiones al momento de resolver una situación problemática, plantea innumerables inconvenientes. Uno de ellos, la imposibilidad de que el tomador de decisiones conozca la totalidad de las variables que determinan la causa de la situación a considerar. Para algunos autores, (Klijn, 1998), quien toma las decisiones debe tener en cuenta todas las posibilidades para analizar las consecuencias de cada decisión tomada, teniendo en cuenta las metas u objetivos a lograr. Existe otro enfoque, en el que la política pública es el resultado de la interacción entre varios actores que interactúan para direccionar el proceso político hacia un punto que sea favorable a sí mismos... Las políticas tienen lugar en escenarios donde hay muchos actores, con distintas preferencias, información, estrategias tomadas, e incluso, redes interorganizacionales a veces informales, pero con gran presencia local.

Teniendo esto presente, es imposible pensar que una política pública pueda surgir del proceso de decisión de un único actor individual, sino de la interacción entre actores separados con intereses, metas y estrategias diferentes. (Scharpf, 1978 citado por Klijn). Incluso, no sólo actores separados, sino interacción de diferentes organizaciones, las cuales intercambian recursos, acuerdos, etc. Se conforman de este modo las redes de trabajo, interorganizacionales, las que poseen una determinada dependencia, con diversidad de actores y metas, y altamente relacionadas entre sí.

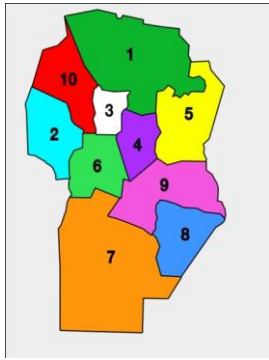
Así las cosas, pensar en una Política Pública que apunte a mejorar el nivel sanitario de la población, especialmente al sector de mujeres embarazadas, no es posible si no se toman en cuenta todos los actores involucrados: pacientes, referentes sociales, familiares, equipo de salud, redes formales e informales, que permitan un cabal acompañamiento de la mujer en trance de embarazo para obtener el mejor resultado posible, y así lograr disminuir tasa de morbi mortalidad materna y desde luego infantil a expensas de la porción neonatal.

Desde el año 1998 funciona en la Provincia de Córdoba la Red SERENAR, aprobada por Resolución Ministerial N° 0223/98 cuyo propósito es la atención integral de los Recién Nacidos de Riesgo en el seguimiento ambulatorio posterior a la hospitalización en los Servicios de Neonatología. La Red SERENAR es reconocida como un modelo innovador en la dinámica de estos servicios por parte de la *Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo*, que la propone como orientadora en la sistematización de redes.

Fue pensando en ese modelo que se originó este proyecto el que pretende constituir una red de cuidados de embarazadas de alto riesgo, conformando la Red AcEmAR (Red de Acompañamiento de Embarazadas de Alto Riesgo)

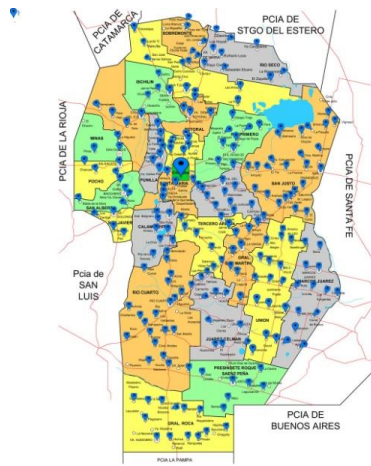
Desde mediados del año 2014, la Provincia de Córdoba firmó el acuerdo con la Nación para formar parte del Programa SUMAR. Éste cuenta con gran cantidad de efectores tanto en la Capital provincial como en el interior, con un total de 671 efectores distribuidos en 10 regiones, según se observa a continuación:

| Nº Región | Nombre | Loc. adheridas | Efectores Adheridos del Interior |
|----------------|---------------|----------------|----------------------------------|
| 1 | Norte | 38 | 68 |
| 2 | Traslasierra | 23 | 43 |
| 3 | Centro | 23 | 62 |
| 4 | Rio II | 24 | 37 |
| 5 | San Francisco | 27 | 38 |
| 6 | Calamuchita | 35 | 63 |
| 7 | Rio IV | 36 | 68 |
| 8 | Marcos Juarez | 22 | 24 |
| 9 | Villa Maria | 33 | 61 |
| 10 | Punilla | 29 | 65 |
| Totales | | 290 | 529 |

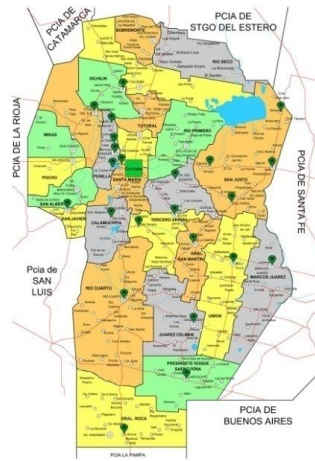


| Complejidad | Total |
|--------------|------------|
| I Nivel | 641 |
| II Nivel | 23 |
| III Nivel | 7 |
| Total | 671 |

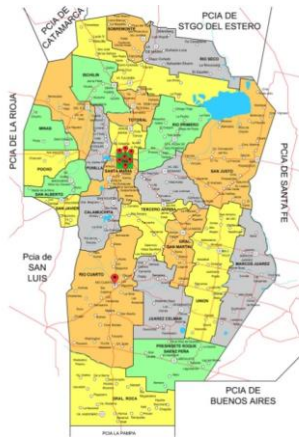
La distribución de los efectores está constituida de la siguiente manera:



Efectores de I Nivel



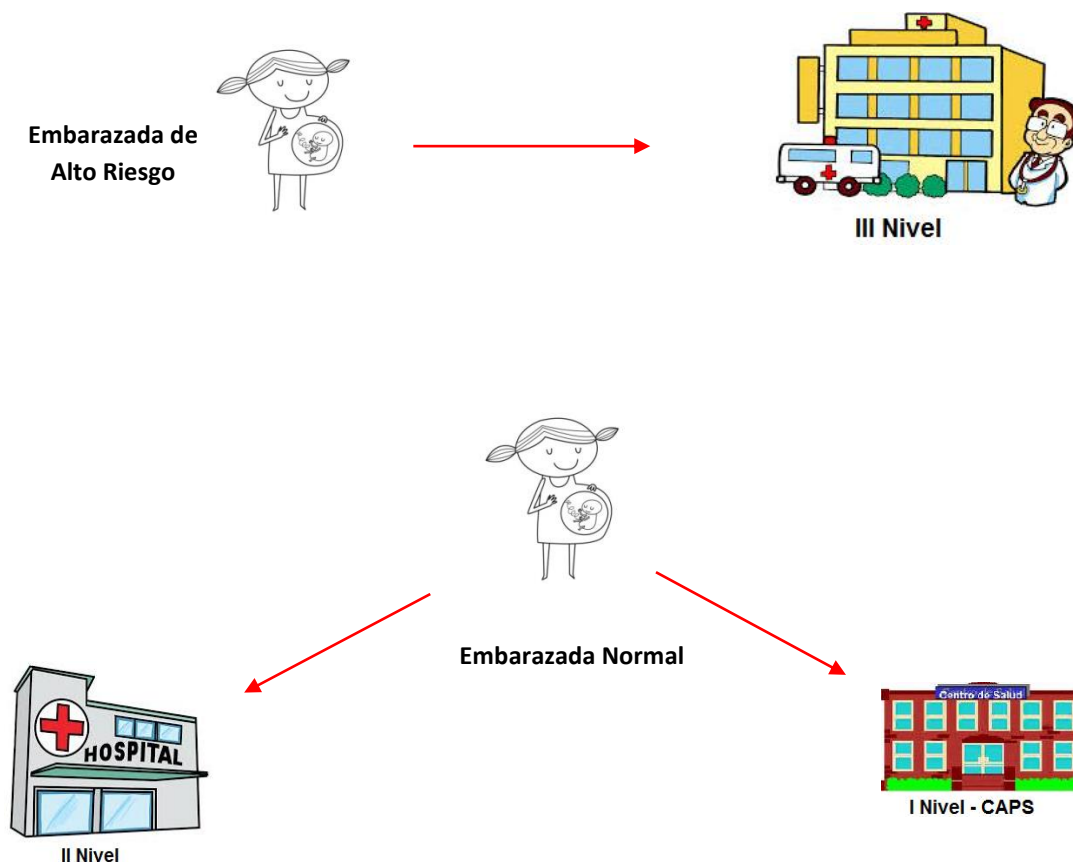
Efectores de II Nivel



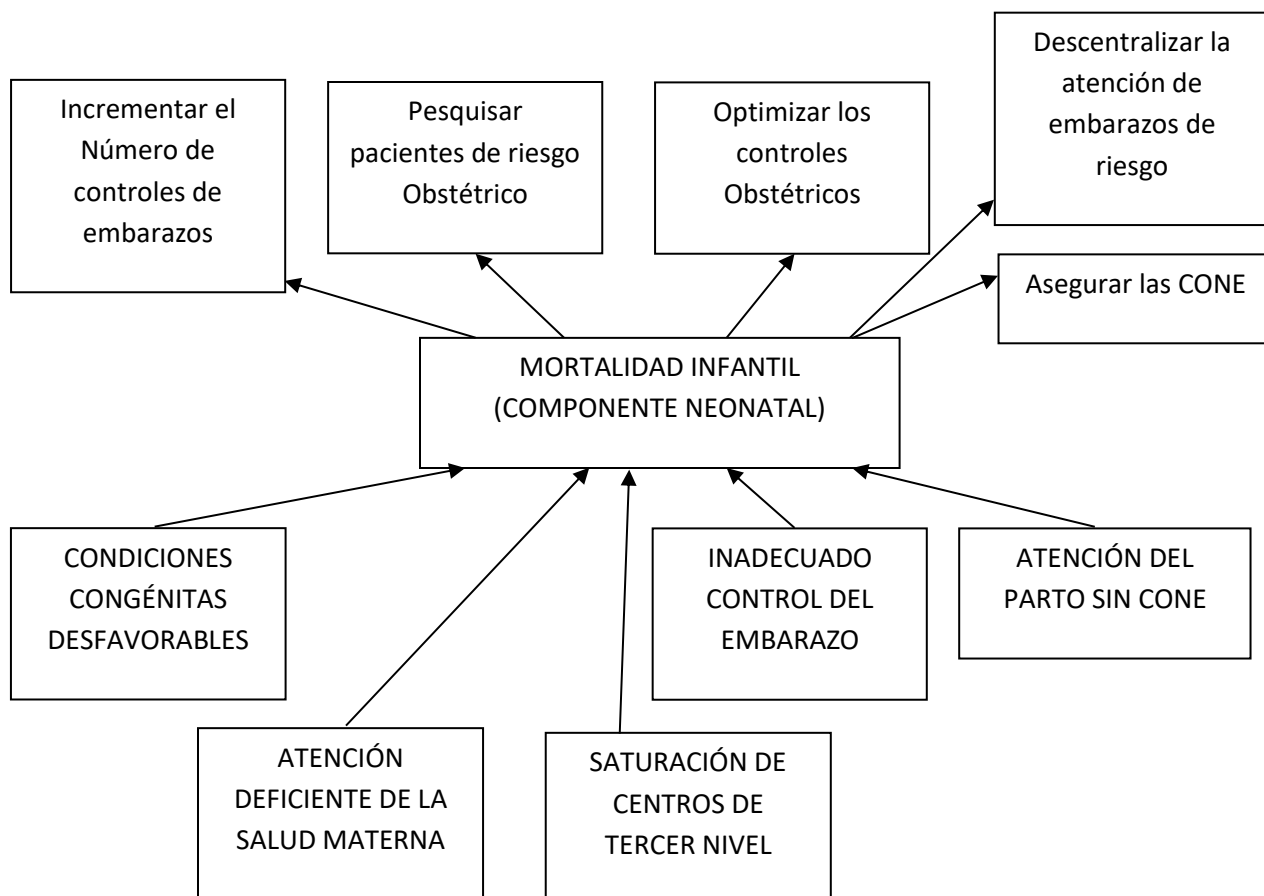
Efectores de III Nivel

Como puede observarse, la Red de Prestadores del Programa SUMAR constituye una herramienta que no podía ser ignorada a la hora de pensar en una estrategia de abordaje del embarazo de alto riesgo, utilizando el concepto de red para su mejor captación y eventualmente su control y seguimiento.

Normalmente, las pacientes que asisten a control pre natal en los centros de primer y segundo nivel son pacientes con embarazos normales, o que desconocen tener alguna patología, o también, que fueron normales durante un período del embarazo y por algún motivo, en algún momento determinado, desarrollan alguna patología que pueda afectar a la salud de la madre y del feto. En esos casos, las pacientes son derivadas a centros de mayor complejidad (tercer nivel). El problema radica en que muchas pacientes, sea por problemas económicos, o sociales, no acceden a las consultas en los centros de tercer nivel. Si vemos los centros de tercer nivel en toda la provincia, nos daremos cuenta que sólo son cuatro, por lo que no es suficiente para dar cobertura a toda la población.



Ante esta situación realizamos el siguiente análisis del Problema (árbol de problemas) llegando a las siguientes conclusiones:



3. Planteo del Problema

La tasa de Mortalidad Infantil es uno de los indicadores más sensibles a nivel de datos duros que marcan el estado de una sociedad.

El embarazo de alto riesgo representa aproximadamente el 15% de todos los embarazos, según consta en los registros estadísticos del Hospital Materno Provincial de Córdoba. (Hospital Materno Provincial 2017) Se entiende por tal a todos los embarazos que puedan causar el desvío de la normalidad afectando a la madre o al feto/recién nacido.

Si un conjunto de Servicios de Salud se encuentra efectivamente organizado en Red se podrán reconocer territorialmente los recursos con que cuentan, sistematizados de manera tal,

que permitan su complementariedad para asegurar la oferta y continuidad de la atención, en función de las necesidades particulares.

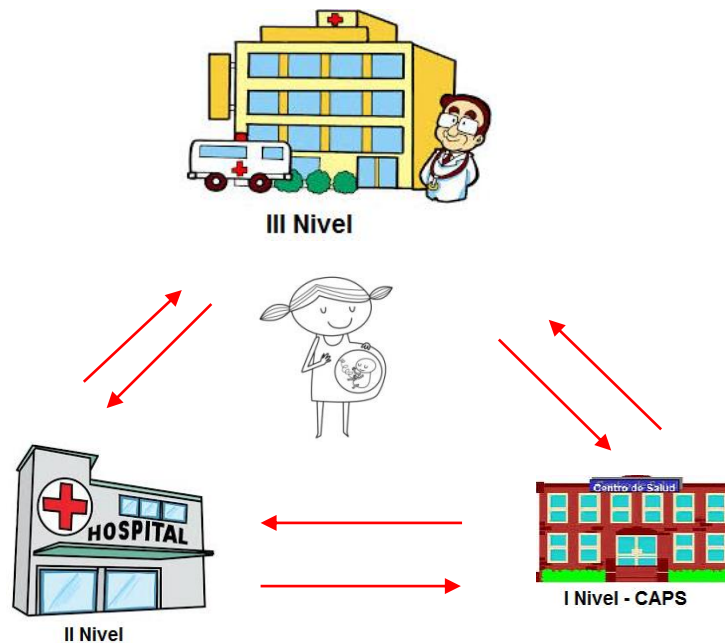
A partir del uso de la estrategia de redes, consistente en aprovechar en forma sinérgica y con sentido práctico los recursos y procesos existentes, se observó y analizó la necesidad de crear y coordinar la Red AcEmAR (Acompañamiento de la Embarazada de Alto Riesgo) de la Provincia de Córdoba, utilizando como herramienta de probada eficacia la modalidad de trabajo del Programa SUMAR, buscando asegurar la equidad, accesibilidad e igualdad de oportunidades. De esta manera lograríamos mejorar la captación y la calidad de atención de las embarazadas de todo el territorio provincial.

4. Objetivos

3.1. Objetivos Generales

Desarrollar los lineamientos centrales de una **política pública** que contribuya a la reducción de la tasa de mortalidad infantil a expensas de su componente neonatal, abordando la patología obstétrica como causa de morbi mortalidad neonatal, estableciendo y coordinando una red de atención y acompañamiento para la embarazada de riesgo en toda la Provincia de Córdoba.

La necesidad de que los tres niveles de atención trabajen en red, da sentido a esta política, optimizando los recursos disponibles, y asegurando atención de calidad a todas las embarazadas que habiten en la Provincia, independientemente del lugar de residencia. La implementación de una Política Pública sanitaria que se focalice en fortalecer y optimizar el trabajo en red, da el sustento al trabajo que apunte a la disminución de la mortalidad infantil a expensas de la mortalidad neonatal.



3.2. Objetivos Particulares

- Implementar nuevos programas que contribuyan a la disminución de la Morbi mortalidad infantil.
- Trabajar en forma de red entre Provincia y municipios para implementar políticas generales en todo el territorio provincial.
- Capacitación continua a referentes y operarios de las áreas involucradas en la atención de pacientes de riesgo obstétrico.
- Gestionar la inclusión de nuevas prácticas en el Nomenclador del Plan SUMAR.

Dicho de otra forma, la estrategia transversal del plan consiste en detectar los Embarazos de Alto Riesgo, captarlos controlarlos en todo el territorio provincial conformando una Red de Acompañamiento de Embarazos de Alto Riesgo (Red AcEmAR) con un adecuado sistema de Referencia y Contra referencia, utilizando las estrategias del PLAN SUMAR como incentivo al trabajo en Redes.

4. Marco Analítico y Conceptual

Un **embarazo de alto riesgo** es aquel que tiene más posibilidades de complicaciones, tanto desde el punto de vista de la madre como para el recién nacido y, por tanto, el control previo durante la gestación, el parto y puerperio, han de ser más completos, evitando cualquier posible **riesgo**. (Gleicher, 1996)

El “riesgo perinatal” debe ser evaluado en los controles pre natales, permitiendo determinar si se trata de un embarazo de riesgo o no. Para ello es indispensable detectar elementos epidemiológicos o biológicos tanto maternos como fetales, que hagan del actual, un embarazo cuyo pronóstico sea peor que el de uno normal.

Los factores de riesgo materno pueden ser epidemiológicos, socioeconómicos, gineco obstétricos, nutricionales, médicos en general. A su vez, los factores de riesgo fetales se encuadran dentro de las anomalías en la formación de la placenta y cordón umbilical, patología del Líquido Amniótico, marcadores fetales de aneuploidías, patologías del crecimiento y síndromes malformativos. (Carvajal Cabrera. 2019)

Dentro de este marco, es necesario comprender la importancia del tamizaje prenatal para la detección de embarazos de riesgo y la orientación de los mismos al lugar adecuado de atención según la incidencia del factor de riesgo detectado. No todos los embarazos deben ser controlados en centros de alta complejidad, ni todos deben ser controlados en centros de atención primaria, pero la realidad es que por lo general la atención de máximos cuidados tiende a nuclearse en los centros de mayor complejidad por la distribución de profesionales capacitados o de tecnología disponible.

Teniendo esto en cuenta, se tomó al Hospital Materno Provincial Dr. Raúl Felipe Lucini como centro de referencia para el análisis de las causas de mortalidad perinatal del año 2017 relacionadas a complicaciones detectadas en el período prenatal.

5. Método de Investigación

La investigación inicial fue un análisis retrospectivo longitudinal, exploratorio (Lara, 2017) de todas las muertes neonatales ocurridas en el Hospital Materno Provincial de la Ciudad de

Córdoba durante el año 2017, por ser este uno de los Hospitales de tercer Nivel de la Provincia, centro de derivación obstétrica y neonatal. Igualmente se analizaron las relaciones de las patologías maternas concomitantes en los embarazos de esos neonatos y la accesibilidad al sistema de salud de esas madres, tras lo cual se elaboraron recomendaciones tendientes a disminuir las causas prevalentes de mortalidad neonatal.

5.1 Materiales y Métodos

Se realizó el análisis de las muertes neonatales ocurridas entre el primero de enero del dos mil diecisiete y el treinta y uno de diciembre del mismo año, en base a los datos vertidos en el formulario de denuncia de muertes neonatales que son reportadas al Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. (Formulario B de Muerte Neonatal, Anexo II). En dicho formulario se consignan datos filiatorios del fallecido y de su madre, lugar de residencia, edad, ocupación, nivel de instrucción, controles pre gestacionales, patologías detectadas durante el embarazo, causas directas de muerte, causas asociadas y días de permanencia en la institución antes de fallecer.

El total de muertes reportadas en ese período de tiempo fue de 61, de las cuales, se confeccionaron los reportes en su totalidad.

5.2 Resultados

Del análisis de las fichas de defunción neonatal se puede caracterizar el universo de defunciones neonatales ocurridas en el período especificado (Anexo I). La edad promedio de las pacientes cuyos hijos fallecieron en el Hospital Materno Provincial fue de 25 años, siendo los extremos 15 y 43 años. El grupo más numeroso es el comprendido entre 21 y 30 años, con 21 mujeres, seguido por el de 14 a 20 años con 18 mujeres. El 38% residió en Córdoba capital y el 62% en el interior provincial. Las ocupaciones fueron consignadas sólo en el 20% de los casos, siendo 6 amas de casa, 1 comerciante, 2 estudiantes, 1 fisioterapeuta y 2 empleadas domésticas. El nivel de instrucción se informó en el 51% de los casos: allí se observó que 2 eran analfabetas, 2 tenían primario incompleto, 1 primaria completa, 17 secundaria incompleta, 5 secundaria completa, 1 universitario incompleto y 2 universitario completo. La edad promedio de gestación al momento de terminar el embarazo fue de 31 semanas, siendo los extremos 23 y 40 semanas. La mayor incidencia de muertes se observa en el grupo de prematuros (entre 29 y 36 semanas de gestación), seguido de los inmaduros (entre 23 y 28 semanas) y finalmente de los de término

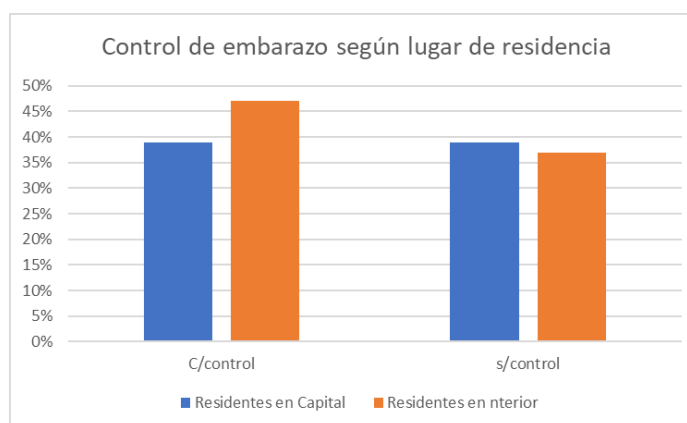
(entre 37 y 40 semanas). El 44% de las madres controlaron su embarazo y del 17% no se tiene datos sobre el control prenatal. El peso promedio de los recién nacidos (RN) fue de 1711 gs. siendo el rango entre 380 gs. y 3880 gs. El grupo de mayor incidencia fue el comprendido entre 500 gs. y 1000 gs. seguido del grupo comprendido entre los 1000 y 1500 gs. Del total de niños analizados, 26 nacieron por cesárea y 25 por parto normal. En 10 casos no se informó la vía de nacimiento. Dentro de las patologías asociadas, se describieron patologías maternas (amenaza de parto prematuro, infección urinaria, hipertensión arterial en sus diferentes formas, obesidad, drogadicción, diabetes e todas sus formas, nefropatías, hipotiroidismo), patologías fetales (atresias en diferentes porciones del tubo intestinal, malformaciones cardíacas, hernias diafragmáticas, sufrimiento fetal agudo, hidrops fetal, trisomías incompatibles con la vida, hidrocefalia, embarazos gemelares, osteogénesis imperfecta), y patologías ovulares (polihidramnios, rotura espontánea prematura de membranas, bolsa en reloj de arena, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta). Se identificaron 22 patologías fetales, 16 ovulares, 13 maternas, 6 casos sin patología asociada y en 4 casos no se consignó ese dato. Como causas directas de muerte, se describieron 4 hemorragias pulmonares, 1 hernia diafragmática, 5 hipoplasias pulmonares, 1 infarto de tronco encefálico, 1 insuficiencia renal, 9 insuficiencias respiratorias, 5 enterocolitis necrotizantes (NEC), 2 neumotórax, 6 sepsis, 4 shock cardiogénicos, 3 cromosomopatías y en 3 casos no se consignó causa directa. El promedio de días de permanencia en el Hospital fue de 11, con un rango entre 1 minuto y 99 días, siendo el rango de mayor incidencia el comprendido entre menos de un día y 7 días con un total de 40 casos (65,60%).

5.3 Análisis de las variables

En primer lugar, se analizó la relación entre la edad materna y las muertes neonatales. No se pudo evidenciar relación directa entre ambas variables. Siendo el promedio de las edades maternas de 25 años, coincidente con la mediana, no se pudo demostrar que en los extremos de las edades exista mayor incidencia de muertes neonatales que en las edades promedio. Del mismo modo, se relacionó el lugar de residencia, dividiendo al universo de estudio entre mujeres que habitan en Córdoba Capital (n=23) y las que lo hacen en el interior provincial (n=38), con la edad de finalización del embarazo. Así se observó que las habitantes de Capital tuvieron una edad gestacional promedio de 31 semanas, mientras que las del interior, de 32 semanas. No pudo analizarse la relación de las variables “nivel de instrucción” y “ocupación” debido al alto índice de planillas que no contaban con ese dato. (51% en el primer caso y 80% en el segundo).

Sí se pudo analizar la relación entre el lugar de residencia y el control o no del embarazo. El análisis reveló que las muertes de neonatos de mujeres que habitan en capital (n=23), fueron fruto de embarazos que se controlaron en un 39% (n=9) y que no lo hicieron en un número igual. La falta de datos en estos casos asciende al 22% (n=5). Por el contrario, las mujeres cuyos hijos fallecieron en el período neonatal y que habitan en el interior provincial (n=38) controlaron su embarazo en un 47% (n=18) y no lo hicieron en un 37% (n=14). En ellas, la falta de consignación de datos fue del 13% (n=5). Al someter el análisis al test de χ^2 se observa que no existe asociación estadística significativa entre estas variables. (p=0.45).

| | n | c/control | s/control | s/d | total |
|---------------------------|----|-----------|-----------|----------|-----------|
| Residentes en Córdoba | 23 | 9 (39%) | 9 (39%) | 5 (22%) | 23 (100%) |
| Residentes en el interior | 38 | 18 (47%) | 14 (37%) | 6 (16%) | 38 (100%) |
| total | 61 | 27 (44%) | 23 (38%) | 11 (18%) | 61 (100%) |
| fuelle: producción propia | | | | | p= 0,45 |



Tampoco puede demostrarse asociación estadística significativa entre la edad de las madres y el control del embarazo.

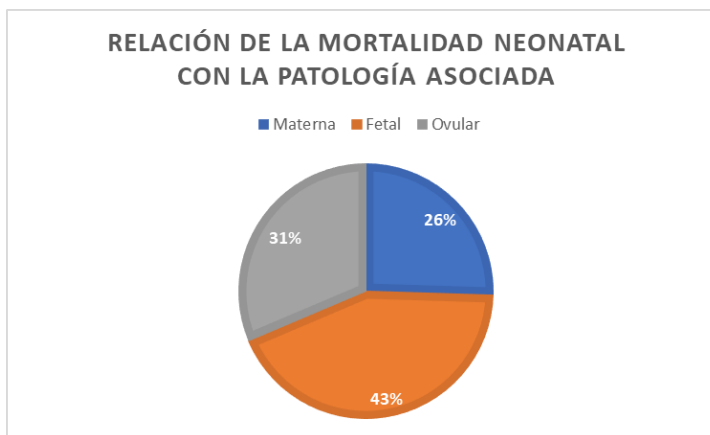
| Edad | n | c/control | s/control | s/d | total |
|---------------------------|----|-----------|-----------|----------|-----------|
| de 14 a 20 | 18 | 10 (56%) | 8 (44%) | 0 | 18 (100%) |
| de 21 a 30 | 21 | 7 (33%) | 9 (43%) | 5 (24%) | 21 (100%) |
| de 31 a 40 | 14 | 8 (57%) | 4 (29%) | 2 (14%) | 14 (100%) |
| más de 40 | 1 | 0 | 1 (100%) | 0 | 1 (100%) |
| s/d | 7 | 3 (43%) | 1 (14%) | 3 (43%) | 7 (100%) |
| Total | 61 | 28 (46%) | 23 (38%) | 10 (16%) | 61 (100%) |
| fuelle: producción propia | | | | | p= 0,61 |

La relación entre las edades maternas y la prevalencia de los distintos tipos de patologías (maternas, fetales, ovulares) demuestra que las patologías fetales son más prevalentes en las edades tempranas (menos de 20 años), entre los 21 y los 30 se equipara la patología fetal con la ovular, y después de los 30 prevalece la patología materna. De todos modos, no pudo analizarse con la fórmula de X^2 puesto que los valores son inferiores a 5 (cinco) en muchas de las variables, por lo que no puede establecerse asociación estadística significativa entre ellas.

| Edad | | p. materna | p. fetal | p. ovular | s/patología | s/d | total |
|------------|----|------------|----------|-----------|-------------|---------|-----------|
| de 14 a 20 | 18 | 3 (17%) | 9 (47%) | 4 (22%) | 2 (11%) | 0 | 18 (100%) |
| de 21 a 30 | 21 | 4 (19%) | 7 (33%) | 7 (33%) | 3 (14%) | 0 | 21 (100%) |
| de 31 a 43 | 15 | 6 (40%) | 3 (20%) | 4 (27%) | 1 (7%) | 1 (7%) | 15 (100%) |
| s/d | 7 | 0 | 3 (43%) | 1 (14%) | 0 | 3 (43%) | 7 (100%) |
| Total | 61 | 13 (21%) | 22 (36%) | 16 (26%) | 6 (10%) | 4 (7%) | 61 (100%) |

fuelle: producción propia

En relación a la asociación de patologías asociadas y muertes neonatales se observó que en el 87% de las muertes, existía patología materna asociada mientras que en el 13% no se reportaba patología asociada. De las patologías asociadas, el 43% constituye patología fetal, el 31% ovular y el 26% materna.



Las causas de muerte directa, a su vez, se agruparon en prevenibles y no prevenibles. Dentro de las primeras se incluyeron todas aquellas que pueden ser detectadas, y eventualmente tratadas, como son las patologías asociadas maternas y algunas patologías ovulares, mientras que las no prevenibles incluyen la mayoría de las fetales y algunas de las ovulares. Cabe señalar que algunas patologías fetales y ovulares pueden ser manejadas evitando la prematuridad extrema, que constituye una de las causas directas de muerte descritas en este estudio.

6. Propuesta de Mejora a través de la implementación de una Política Pública Sanitaria Provincial.

La propuesta básica constituye conformar una red de detección, atención y acompañamiento de embarazos de alto riesgo, con la finalidad de detectar las patologías asociadas que tengan incidencia en la mortalidad neonatal, para poder tratarlas si es posible, controlarlas del mejor modo disponible, acompañarlas siempre, y si fuera necesario, derivarlas a un centro de mayor complejidad para su atención.

Para ello se eligió como posible centro coordinador, al Hospital Materno Provincial Dr. Raúl Felipe Lucini de la Ciudad de Córdoba, por ser un centro de complejidad 3B, poseer un equipo profesional altamente calificado en atención de embarazos de Alto Riesgo, una Terapia Intensiva Neonatal de última generación, con profesionales de excelencia y servicios complementarios como diagnóstico por imágenes, laboratorio, farmacia y central de esterilización de gran reconocimiento. Cabe señalar que éstos tres últimos certificaron normas de calidad ISO 9001/2015.

6.1 Misión y visión del Hospital Materno Provincial Dr. Raúl Felipe Lucini

Misión

Proveer servicios de Salud de la más alta calidad y eficiencia, destinados a promover la salud materna y neonatal, contribuyendo a la disminución de la morbi-mortalidad materna e infantil, a través de la gestión integral y la articulación efectiva de la educación en salud, la docencia e investigación entre los diferentes efectores de salud de la Provincia de Córdoba.

Visión

Constituirse como un centro de referencia del cuidado de la salud materno neonatal en la Provincia de Córdoba, que coordina el trabajo conjunto de varios actores en el ámbito de la salud materno neonatal de la Ciudad de Córdoba y de la Provincia, que lidera la implementación de estrategias novedosas en la disminución de la morbi-mortalidad materna y neonatal, por la vía del trabajo en redes.

Análisis Situacional

El Hospital Materno Provincial Dr. Raúl Felipe Lucini cuenta con diversos aspectos importantes que permitirán al plan mantenerse en el tiempo e inyectar **sostenibilidad integral**, considerando componentes como:

- El Sistema de Salud de la Provincia de Córdoba tiene larga trayectoria en el control de embarazos de Alto Riesgo y en atención de Recién Nacidos Prematuros. De hecho, en la Maternidad Provincial funciona el Primer Instituto de Neonatología (Primero en Latinoamérica)
- El Plan SUMAR permanece trabajando en Córdoba desde su implementación en el año 2004.
- El Gobierno Provincial y Municipal son del mismo color político, lo que asegura facilidad en interacción en la primera etapa de implementación del Plan.

El Hospital Materno Provincial cuenta con 68 años de experiencia en trabajo con embarazos de alto riesgo, lo que permite indagar y generar un dialogo informado que permita determinar cuáles son las medidas a tomar para disminuir el impacto de las complicaciones de los mismos en la tasa de mortalidad infantil a expensas del componente neonatal.

MATRIZ FODA PARA EL PLANTEO DE ESTRATEGIAS

| | | |
|--|---|--|
| | FORTALEZAS <ul style="list-style-type: none"> • Equipo profesional altamente capacitado • Experiencia en trabajo en redes • desarrollo de áreas específicas para la atención de embarazos de riesgo. • Experiencia en facturación de prácticas al Plan SUMAR | DEBILIDADES <ul style="list-style-type: none"> • Falencias en el registro de actividades adecuado • Escases de computadoras interconectadas • Dificultad en la comunicación interna entre diferentes Servicios (Obstetricia, Neo, Genética, etc.) |
| OPORTUNIDADES <ul style="list-style-type: none"> • Permanencia del Plan SUMAR • Interés del Ministerio de Salud de disminuir la tasa de mortalidad infantil • Excelente coordinación sanitaria entre Provincia y Municipio | ESTRATEGIAS FO <ul style="list-style-type: none"> • Posibilidad de facturar nuevas prácticas del Plan SUMAR • Conseguir el respaldo Ministerial para llevar adelante nuevos programas para disminuir la morbi-mortalidad infantil | ESTRATEGIAS DO <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación sobre registro de hechos vitales y datos biomédicos • Gestionar la compra de nuevas computadoras para las áreas involucradas. • Fortalecer la comunicación intra e inter institucional. |

| | | |
|--|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Articular el trabajo entre centros de salud provinciales y municipales • Desarrollar redes de atención para pacientes embarazadas de riesgo | |
| AMENAZAS <ul style="list-style-type: none"> • Panorama económico poco predecible • Falta de disponibilidad de comunicación (Internet) en zonas del interior de la Provincia | ESTRATEGIAS FA <ul style="list-style-type: none"> • Optimizar la facturación al Plan SUMAR y a otras Obras Sociales • Desarrollo de redes informales para establecer contacto con diferentes referentes regionales | ESTRATEGIAS DA <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar sistemas de reporte en formato papel que no necesiten de Internet |

Clientes estratégicos del plan:

- Centros de Salud que intervienen en la Red AcEmAR de Primero, Segundo y Tercer Nivel.
- Mujeres con embarazos de Alto Riesgo
- Operadores sanitarios de los tres niveles

Servicios Estratégicos del plan:

- Implementación del Trabajo en Red de Acompañamiento de Embarazos de Alto Riesgo entre todos los operadores sanitarios provinciales.
- Programa de capacitación para todos los operadores sanitarios provinciales.
- Nuevas prácticas incluidas en el Nomenclador del Plan Sumar.

7. Líneas de acción

Las principales líneas de acción estratégicas son las siguientes:

- Conformación de redes de acompañamiento de Embarazos de Alto Riesgo.
- Capacitación continua y obligatoria a operadores sanitarios involucrados

- Inclusión de nuevas prácticas en el Nomenclador del Plan SUMAR

| LÍNEAS DE ACCIÓN ESTRATÉGICA | OBJETIVO ESTRATEGICO | META | ACTIVIDAD | INDICADOR | FORMA DE CALCULO | RESPONSABLE |
|---|--|--|--|--|---|--|
| • Conformación de Redes de Acompañamiento de embarazos de Alto Riesgo | 1. “Implementar nuevos programas que contribuyan a la disminución de la Morbi - mortalidad infantil.” | Conformar el Programa de Seguimiento de Embarazadas de Alto Riesgo en toda la Provincia de Córdoba | Diseñar el Programa para su implementación en todo el territorio provincial | Programa diseñado | | Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. |
| | | | Prever reuniones con las autoridades de la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud y los referentes de los centros de salud de Primero, Segundo y Tercer Nivel provinciales | Reuniones agendadas en agenda de Dirección de Maternidad e Infancia y realizadas en tiempo y forma | Reuniones programadas/Reuniones realizadas. | |
| | | | Prever reuniones con las autoridades de la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud y los referentes comunales del todo el territorio provincial | Reuniones agendadas en agenda de Dirección de Maternidad e Infancia y realizadas en tiempo y forma | Reuniones programadas/Reuniones realizadas. | |
| | 2. “Trabajar en forma de red entre Provincia y municipios para implementar políticas generales en todo el territorio provincial.” | Crear la Red de Acompañamiento de la Embarazada de Alto Riesgo (Red AcEmAR) | Diseñar el trabajo en RED para los integrantes del equipo de salud de la Provincia | Protocolo de trabajo elaborado y aprobado | | Coordinador del Programa, Especialistas involucrados en los controles obstétricos |
| | | | Geolocalizar a los referentes de los distintos centros de salud Provinciales | Centros de Salud involucrados en el trabajo | N° de centros de salud involucrados /N° total de Centros de salud de la Provincia | Coordinador del Programa |
| | | | Capacitar al 100% de los agentes involucrados en la modalidad de trabajo en red | Capacitaciones realizadas | N° de efectores capacitados/ N° total de efectores | Encargados de Capacitación |
| • Capacitación continua y obligatoria a operadores sanitarios involucrados | 3. “Capacitación continua a referentes y operarios de las áreas involucradas en la atención de pacientes de riesgo obstétrico.” | Capacitar a un 50% de los Médicos Obstetras en Obstetricia Crítica en el primer año de implementa- | Diseñar el modelo de capacitación con material bibliográfico pertinente | Protocolo de trabajo elaborado y aprobado | | Coordinador del Programa, especialistas involucrados en el control obstétrico, programadores informáticos. |

| | | | | | | |
|---|--|--|---|---|--|--|
| | | ción y al 70% en el segundo año. | Coordinar las capacitaciones “on line” para todos los integrantes del equipo de salud | Insumos informáticos disponibles para la capacitación | N° de centros de salud equipados/ N° total de centros de salud intervinientes | Coordinador de Capacitación del Programa |
| | | | Llevar a cabo las capacitaciones | Capacitaciones realizadas | N° de efectores capacitados/ N° total de efectores intervinientes | Encargados de capacitación |
| • Inclusión de nuevas prácticas en el Nomenclador del Plan SUMAR | 4. “Gestionar la inclusión de nuevas prácticas en el Nomenclador del Plan SUMAR.” | Lograr la inclusión del pago de embarazo de Alto Riesgo en el Nomenclador del Plan SUMAR | Elevar Solicitud de Inclusión de nuevas Prácticas al Responsable de Programas del Ministerio de Salud de Córdoba y al Responsable General del Plan SUMAR en Córdoba | Solicitudes confeccionadas y elevadas en tiempo y forma. | Solicitudes elevadas/ Solicitudes recibidas en SUAC Ministerio de Salud | Director del Hospital Materno Provincial Dr. Raúl Felipe Lucini |
| | | | Prever reunión entre Coordinador General del Plan SUMAR de Córdoba y el Responsable de Programas del Ministerio de Salud de Córdoba | Reuniones agendadas en agenda de Dirección y realizadas en tiempo y forma | Reuniones programadas/ Reuniones realizadas. | |
| | | | Diseñar formularios para la facturación de las nuevas prácticas que se espera incluir en el Nomenclador de Plan SUMAR | Formularios diseñados | Formularios diseñados/ formularios impresos | |

CARTA DE GANTT (para el primer año de implementación del plan)

| COMPONENTES | AÑO | EJECUCIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------|-----------|---|---|---|---|-----|---|---|---|-----|----|----|----|-----|----|----|----|-----|----|----|----|-----|----|----|----|-----|----|----|----|-----|----|----|----|-----|----|----|-----|----|----|----|-----|----|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|---|---|
| | MESES | ENE | | | | | FEB | | | | MAR | | | | ABR | | | | MAY | | | | JUN | | | | JUL | | | | AGO | | | | SET | | | OCT | | | | NOV | | | | DIC | | | | | | | | | | | |
| | SEMANAS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | | | | |
| Inclusión del pago de control de embarazo de Alto Riesgo en Nomenclador | | | | | | | | | | | | X | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Conformar el Programa de Seguimiento de Embarazadas de Alto Riesgo | | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diseñar el trabajo en Red para los integrantes del equipo de salud | | | | | | X | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Geolocalizar a los referentes locales de los distintos Centros de Salud Provinciales | | | | X | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Capacitar al 100% de los agentes involucrados en la modalidad de trabajo en red | | | | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diseño del modelo de capacitación | | | | X | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Coordinar las capacitaciones "on line" | | | | | | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Capacitar al 50% de los agentes involucrados en Obstetricia Crítica | | | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Implementación del trabajo | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | |
| Evaluación y ajustes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X |

COMANDO DE MANDO INTEGRAL

| Perspectiva | Objetivo estratégico | Indicador | Meta | Semáforo | | | Situación actual | Periodicidad | Medio de Verificación | Responsable |
|----------------|---|---|--|----------|------------|-------|------------------|--------------|--|---|
| | | | | malo | regular | bueno | | | | |
| Financiera | “Gestionar la inclusión de nuevas prácticas en el Nomenclador del Plan SUMAR.” | % de prácticas incluidas en el Nomenclador del Plan SUMAR (Prácticas Incluidas/Prácticas realizadas en relación al cuidado de las embarazadas de Alto Riesgo) | 100% | < 50% | 51% al 70% | > 71% | 40% | mensual | Facturación al Plan SUMAR | Administrador de cada centro de Salud |
| De Pacientes | “Implementar nuevos programas que contribuyan a la disminución de la Morbi mortalidad infantil.” | % programas implementados(Programas implementados/programas diseñados) | 100% | <60% | 61% al 80% | >81% | 0% | Anual | Documento de diseño e implementación del Programa | Dirección de Maternidad e Infancia de la Provincia de Córdoba |
| De Procesos | “Trabajar en forma de red entre Provincia y municipios para implementar políticas generales en todo el territorio provincial.” | % de Centros de Salud que conforman la Red (Centros de Salud en Red/total de Centros de Salud de la Provincia) | 80% | <50% | 51% al 70% | > 71% | <10% | Anual | Firma de Convenios entre los diferentes Municipios, Comunas y la Provincia | Ministerio de Salud de la Provincia |
| De Aprendizaje | “Capacitación continua a referentes y operarios de las áreas involucradas en la atención de pacientes de riesgo obstétrico.” | % de capacitaciones realizadas (capacitaciones realizadas/capacitaciones programadas) | 50% el primer año 70% al finalizar el segundo | < 30% | 31% al 45% | > 45% | <20% | Anual | Documento de Programación de capacitaciones | Comisión ad hoc |

8. Evaluación integral del plan:

Enfoque e indicadores de evaluación:

| OBJETIVOS ESTRATEGICOS | ASPECTO A EVALUAR | | |
|---|---|--|--|
| | Indicador eficacia | Indicador eficiencia | medio verificación |
| OE 1 “Implementar nuevos programas que contribuyan a la disminución de la Morbi mortalidad infantil.” | Programa diseñado y aprobado | Reducción del costo de internación de niños nacidos de embarazos de AR | Análisis de costos hospitalarios de Hospitales de Tercer Nivel |
| OE 2 “Trabajar en forma de red entre Provincia y municipios para implementar políticas generales en todo el territorio provincial.” | Protocolo aplicado | Disminución de costo de traslado de pacientes del interior | N° de traslados realizados |
| | Centros de salud involucrados | Aumento de facturación en centros de salud del interior | Liquidación Mensual del Plan SUMAR |
| | Capacitaciones realizadas | Disminución de costo de traslado de pacientes del interior | N° de traslados realizados |
| OE 3 “Capacitación continua a referentes y operarios de las áreas involucradas en la atención de pacientes de alto riesgo obstétrico.” | Programa de Capacitación aplicado | Aumento en la facturación por parte de más profesionales | Liquidación Mensual del Plan SUMAR |
| | Insumos informáticos disponibles para la capacitación | Disminución de costos de traslado para capacitaciones | Rendición de cuentas por gastos de traslados de los centros de salud |
| | Capacitaciones realizadas “on line” | | |
| OE 4 “Gestionar la inclusión de nuevas prácticas en el Nomenclador del Plan SUMAR.” | Nuevas prácticas incluidas. | Nuevas prácticas facturadas | Liquidación mensual de Plan SUMAR |

Resultados esperados del plan al culminar la ejecución:

| OBJETIVOS | RESULTADOS |
|-------------------------------|--|
| Objetivo Estratégico 1 | Disminución de la Morbi-Mortalidad neonatal. |
| Objetivo Estratégico 2 | Disminución del traslado de pacientes de alto riesgo de manera innecesaria. |
| Objetivo Estratégico 3 | Mejora en la calidad de atención de profesionales del interior provincial. |
| Objetivo Estratégico 4 | Aumento de la facturación de Centros de Salud de toda la Provincia por atención de embarazos de Alto Riesgo. |

9. Conclusiones

De acuerdo a las variables analizadas, puede observarse, con preocupación, el déficit en la calidad y cantidad de los registros, en primer lugar.

Seguidamente, se concluye que, si bien el número de muertes por patología asociada de causa fetal es el más elevado, y al ser en la mayoría causas no prevenibles, sólo queda incidir en el número de muertes relacionadas a causas asociadas de origen materno y ovular. Éstas últimas, muchas veces son consecuencia de patologías maternas no tratadas o tratadas fuera de tiempo, como la rotura espontánea prematura de membranas o bolsas en reloj de arena, por lo que podrían reducirse si fueran detectadas, tratadas o, si fuese necesario, derivadas a tiempo para un correcto abordaje.

Indudablemente, las posibilidades de atención y detección de las diferentes patologías no son las mismas en la Capital de la Provincia y en el interior, donde no sólo los recursos tecnológicos son menores, sino que el recurso humano es más escaso y a veces con menor nivel de actualización, lo que constituye una inequidad para las pacientes usuarias del sistema de salud público de la provincia.

Por otro lado, no todas las pacientes tienen la posibilidad social, económico, afectiva de movilizarse a la Capital para realizar los controles de su embarazo, por lo que es un deber del Estado establecer los circuitos necesarios para subsanar ese inconveniente.

10. Bibliografía

- Carvajal Cabrera, J. (2019). Manual Obstetricia y Ginecología. Santiago. Escuela De Medicina. ISBN N° 978-956-398-001-1
- Gleicher, N. y Col. Medicina Clínica en Obstetricia. Buenos Aires. Editorial Panamericana. ISBN 950-06-0854-5
- Gobierno de la Provincia de Córdoba. (2017) Hechos vitales. Nacimientos y Defunciones 2007-2014 Recuperado de <https://datosestadistica.cba.gov.ar/organization/direccion-de-estadisticas-sociodemograficas> el 28 de Octubre de 2018.
- González Builes, N. (2014). La teoría de redes sociales y las políticas públicas. Una aproximación al debate teórico y a las posibilidades de intervención en realidades sociales. *Forum. Revista Departamento de Ciencia Política*, 2(6), 81-97. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/forum/article/view/52968/52592> (24/08/2020)
- Graglia, J. Emilio. 2017. Políticas públicas : 12 retos del siglo 21 / J. Emilio Graglia. - 1a ed . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Konrad Adenauer Stiftung,
- Hospital Materno Provincial, 2017. Reporte Diario Ambulatorio. (Material de uso estadístico). Año 2017. Sección Gestión de Pacientes y Estadísticas. Archivo General. Hospital Materno Provincial de Córdoba.
- Klijn, E. 'Policy Networks: An Overview' in Kickert, W. J. M. & Koppenjan, J.F.;. (eds) (1998) Managing Complex Networks. Sage, London – Disponible en <http://revista-redes.rediris.es/webredes/textos/Complex.pdf> (24/08/2020)
- Lara, L. Valenzuela, C. 2017. Guía para la redacción de un proyecto de investigación. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Licha, VI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Buenos Aires, Argentina, 5-9- Nov. 2001 – Disponible en <http://courseware.url.edu.gt/PROFASR/Docentes/Facultad%20de%20Ciencias%20Pol%EDticas%20y%20Sociales/Gu%EDa%20Docente%20Gerencia%20Social%201/Bibliograf%EDa%20digital/Gu%EDa%202/Unidad%206/Licha,%20Las%20redes%20de%20pol%EDticas%20sociales.pdf> (24/08/2020)

Martínez Escamilla, Víctor Hugo (1996). Las políticas públicas desde la perspectiva de las redes sociales: un nuevo enfoque metodológico. *Política y Cultura*, (7),37-60.[fecha de Consulta 24 de Agosto de 2020]. ISSN: 0188-7742. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267/26700703>

Ministerio de Salud de la Nación, (2016) Curso en Salud Social y Comunitaria. Trabajo en Equipo. Redes y Participación. (Módulo 4) Recuperado el 27 de Octubre de 2018 en <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001074cnt-modulo-4-curso-trabajo-equipo-redes-participacion-2017.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación. (2016) Salud y Redes. (Módulo 9) recuperado el 27 de Octubre de 2018 en http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001034cnt-modulo_9_salud-redes.pdf.

Ortegón, E. Pacheco, J. Prieto, A. (2015) Metodología del Marco Lógico para la Planificación, el Seguimiento y la Evaluación de Proyectos y Programas. (Manual N° 42) CEPAL-Naciones Unidas. Recuperado el 31 de Octubre de 2018 de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5607/S057518_es.pdf

Roth, A. (2002) Políticas Públicas. Formulación, implementación y Evaluación. Bogotá. Ediciones Aurora (24/08/2020) ISSN: 958-9136-15-X. Disponible en https://polpublicas.files.wordpress.com/2016/08/roth_andre-politicas-publicas-libro-completo.pdf

Zurbriggen, C. Las redes de Políticas Públicas. Una construcción teórica. 2003. Institut Internacional de Governabilitat de Catalunya. Disponible en http://saludpublicavirtual.udea.edu.co/cvsp/politicaspUBLICAS/0015.zurbriggen_redes_politicas_publicas.pdf (24/08/2020)

Zurbriggen, Cristina. (2011). La utilidad del análisis de redes de políticas públicas. *Argumentos* (México, D.F.), 24(66), 181-209. Recuperado en 24 de agosto de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-57952011000200008&lng=es&tlng=es

Anexo I

| Edad | |
|------------|----|
| de 14 a 20 | 18 |
| de 21 a 30 | 21 |
| de 31 a 40 | 14 |
| más de 40 | 1 |
| s/d | 7 |
| Total | 61 |

| Lugar de residencia | |
|---------------------|----|
| Capital | 23 |
| Interior | 37 |
| s/d | 1 |
| Total | 61 |

| Ocupación | |
|-------------------|----|
| Ama de casa | 6 |
| Comerciante | 1 |
| Estudiante | 2 |
| Fisioterapeuta | 1 |
| Trabajo doméstico | 2 |
| s/d | 49 |
| Total | 61 |

| Nivel de Instrucción | |
|----------------------|----|
| Analfabeta | 2 |
| Prim. Incompleta | 4 |
| Prim. Completa | 1 |
| Sec. Incompleta | 14 |
| Sec. Completa | 6 |
| Univ. Incompleto | 1 |
| Univ. Completo | 2 |
| s/d | 31 |
| Total | 61 |

| Edad gestacional | |
|---------------------------|----|
| Inmaduro (de 23 a 28 sem) | 21 |
| Prematuro (de 29 a 36) | 27 |
| Término (de 37 a 40) | 11 |
| s/d | 2 |
| Total | 61 |

| Control de embarazo | |
|---------------------|----|
| Con control | 28 |
| Sin control | 23 |
| s/d | 10 |
| total | 61 |

| Peso al nacer | |
|--------------------|----|
| menos de 500 gs. | 4 |
| de 500 a 1000 gs | 17 |
| de 1001 a 1500 gs | 12 |
| de 1501 a 2000 gs. | 3 |
| de 2001 a 2500 gs | 11 |
| de 2501 a 3000 gs. | 5 |
| de 3001 a 3500 gs. | 4 |
| mas de 3500 gs | 5 |
| Total | 61 |

| Vía de nacimiento | |
|-------------------|----|
| PN | 25 |
| Cesárea | 26 |
| s/d | 10 |
| Total | 61 |

| Patología asociada | |
|--------------------|----|
| Materna | 13 |
| Fetal | 22 |
| Ovular | 16 |
| sin patología | 6 |
| s/d | 4 |
| Total | 61 |

| Causas directas | |
|------------------------------|----|
| Arritmias severas | 1 |
| Atresia duodenal | 1 |
| Atresia esofágica | 3 |
| Cardiopatías congénitas | 1 |
| EMH | 8 |
| Hemorragia pulmonar | 4 |
| Hernia diafragmática | 1 |
| Hipoplasia Pulmonar | 5 |
| Infarto de tronco encefálico | 1 |
| Insuficiencia renal | 1 |
| Insuficiencia respiratoria | 9 |
| NEC | 5 |
| Neumotórax | 2 |
| Sepsis | 6 |
| Shock cardiogénico | 4 |
| Trisomías incompatibles | 3 |
| s/d | 6 |
| Total | 61 |

| días de permanencia | |
|---------------------|----|
| de 0 a 7 | 40 |
| de 8 a 14 | 9 |
| de 15 a 20 | 2 |
| de 21 a 28 | 4 |
| de 29 a 35 | 1 |
| de 36 a 42 | 0 |
| de 43 a 49 | 1 |
| de 50 a 56 | 0 |
| de 57 a 63 | 0 |
| de 64 a 70 | 1 |
| de 71 a 77 | 0 |
| de 78 a 84 | 0 |
| de 85 a 91 | 0 |
| de 92 a 98 | 1 |
| mas de 98 | 1 |
| s/d | 1 |
| Total | 61 |

Anexo II

Hoja 1

Formulario "B" FORMULARIO DE MUERTE NEONATAL

DIRECCION DE JURISDCCION DE MATERNIDAD E INFANCIA

ID

Institución Notificante:

Datos del niñ@ fallecido:

Apellido y Nombre:

Edad:..... Sexo: F M Indeterminado DNI:..... N° de HC:.....

Domicilio:..... (calle, n°, barrio, localidad, departamento, provincia)

Fecha de Nacimiento:..... Hora:.....

Fecha de Fallecimiento:..... Hora:.....

Antecedentes Familiares

Necesidades Básicas Insatisfechas Si No No figura

Maternos: Apellido y Nombre Materno.....

DNI Materno:..... N° de HC Materno:..... Nacionalidad.....

Estado Civil: Casada Concubina Soltera Separada de Hecho Divorciada Otro

Nivel Instrucción: Analfabeta PC PI SC SI Univ.

Ocupación materna:

Consumo de Sust. Tóxicas: Medicamentos Alcohol Tabaco Drogas

Experiencia laboral

¿Cuál/es?.....

Hermanos ¿Tiene hermanos? Si No ¿Tiene hermanos fallecidos? Si ¿Cuántos? No

Antecedentes Perinatales: Cant. Gestas: Cant. Paras: Abortos

previos: Si N°..... No Embarazo de este niño controlado: Si N° de controles prenatales No :

Edad Gestacional al primer control:..... Presentó patología durante la gestación: Si ¿Cuál/es?

No ¿Madre derivada? Si ¿De dónde?

No

Diag. prenatal de malformación congénita durante el embarazo del niño fallecido: Si No
¿Cuál/es?.....

Edad materna al nacer el niño:

Ocurrencia del parto: Institución:..... Domicilio Vía Pública.
Otro:.....

Terminación del parto: Espontáneo Cesárea Fórceps Otro

Complicaciones del parto: No Si ¿Cuál/es?.....
.....

Uso de Misoprostol: Si No

Antecedentes del RN: RN Único Múltiple Peso..... Talla..... Edad
Gestacional:..... Peso / EGest: AEG PEG GEG Apgar 1er min:.... 5 min:.....

¿Presentó patología durante su estadía en el hospital donde nació? No Si
¿Cuál/es?.....
.....

Antecedentes del proceso que llevó a la muerte:

¿Hubo atención médica de la enfermedad que causó la muerte previo al ingreso a la Institución?
Si No

Número de consultas previas:.....

Lugar: Centro de Salud

Guardia de Hospital

Consultorio Hospital

Consultorio Privado

Otro ¿Cuál?.....

Fue derivado de otra institución: Si ¿Cuál?..... No

Fecha de ingreso a la Institución:/...../..... Hora:

Permanencia en la institución:hrs/.....días

Lugar de fallecimiento: Domicilio

Guardia

Consultorio

Recepción

Terapia

Traslado

Diagnóstico de Muerte Horas

Días

Meses

Años

Causa Directa:

Causa Intermedia:

Causa Básica:

Causa Contribuyente:

¿Hubo intervenciones quirúrgicas? No Si

¿Cuál/es?.....

¿Se realizó autopsia? Si Diagnóstico:

No

No figura

Análisis causa raíz:

Problemas detectados: _____

Soluciones propuestas: _____

Responsables de las soluciones: _____

Comentarios: _____

MUERTE REDUCIBLE: Si No

Fecha del Informe:

Firma y aclaración de la autoridad hospitalaria:

Sello de la Institución: